

CBT NO. 5 MARÍA AMPARO VIDERIQUE DE SHEIN, CHALCO SOLICITUD - REGISTRO/AUTORIZACIÓN

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 3 DE JULIO DE 2024 2.- No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0185E-24-86-N-NC 3.- Nombre: SALAZAR VILLALBA SAHILY VICTORIA

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

12.- Nombre de la Institución Educativa CBT NÚM. 5 MARÍA AMPARO VIDERIQUE DE SHEIN, CHALCO 13.- Subsistema: BT: [X] CONALEP [] CECYTEM [] INCORPORADAS [] BELLAS ARTES []

III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR

20.- Nombre del Organismo Receptor NOTARIA PUBLICA 126 Ambito de Gobierno: [X] Federal [] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [X] Institución Educativa []

21.- Unidad Administrativa Responsable: OFICINA DE ABOGADOS 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: CAPITAN DE LA ROSA NUMERO CINCO, COLONIA CENTRO, 56600 23.- Municipio: CHALCO 24.- Teléfono: 5525827372

27.- Programa en el que participará el prestador: Salud [] Educación, arte, cultura y deporte [X] Alimentación y Nutrición [] Vivienda [] Empleo y capacitación para el trabajo [] Apoyo a proyectos productivos [] Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad [] Gobierno, justicia y seguridad pública []

28.- Actividades que desarrollará el prestador: ADMINISTRACION DE BASES DE DATOS, MODIFICACION Y ALMACENAMIENTO DE DATOS

En que horario: [X] Lunes a Viernes de 14:30 a 16:30 [] Sábado, Domingo, Días Festivos

29.- Período de Prestación: del 08 JULIO 2024 al 10 ENERO 2025

30.- Horas de duración del programa o proyecto: [X] 480 horas [] Otras

31.- Servicio Social con beca o sin beca: [X] Sin beca [] Con beca Monto: \$

Lic. Carlos Ortiz Lopez Por el Organismo Receptor

Sahily Victoria Salazar Villalba Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo