

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: 15ECT0216H-24-46-N-NC 3.- Nombre: VILLALPANDO MARTINEZ CESAR URIEL

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 ESTETICA BV AILIN Ambito de Gobierno: Federal [X] Estatal [] Municipal [] Organismo No Gubernamental [] Iniciativa Privada [X] Institución Educativa []

21.- Unidad Administrativa Responsable: ATENCION A CLIENTES 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: GUADALUPE VICTORIA, NUM 54, SANTA MARIA HUEXOCULCO, 56646.

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 []

28.- Actividades que desarrollará el prestador: MANEJO Y ADMINISTRACION DE BASE DE DATOS Y DESARROLLO DE APP DE AYUDA

En que horario: Lunes a Viernes [X] Sábado, Domingo, Días Festivos [] de 8:00 a 13:00 de _____ a _____

29.- Período de Prestación: del 10 JULIO 2024 al 23 ENERO 2025 Día Mes Año Día Mes Año

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

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

C. Areli Hernández Martínez Por el Organismo Receptor

Cesar Uriel Villalpando Martínez Nombre y firma del Prestador

Profra. María Magdalena Rojas Galicia

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo