





## Subsecretaría de Educación Media Superior Dirección General de Educación Media Superior

Dirección de Bachillerato Tecnológico Subdirección Región Oriente de Bachillerato Tecnológico Supervisión Escolar 024 de Bachillerato Tecnológico CBT.No.. 5 María Amparo Viderique de Shein, Chalco

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

| I. DATOS DEL PRESTADOR   |                                    |                              |                                |
|--|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1 Fecha:  9 DE JULIO DE 2024  2 No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0185E-24-77-N-NC                    |                                    |                              |                                |
| 9 DE JULIO DE 2024  3 Nombre: MOLINA DIAZ  |                                    | DANIEL ANTONIO               |                                |
| Apellido Paterno Apellido Materno  |                                    | Nombre(s)                    |                                |
| 4 Correo Electrónico: DANYMOLINA2005@GMAIL   | .COM 5 Edad:                       | 6 Géne                       | o: MASCULINO                   |
| 7 Carrera: TECNICO EN INFORMATICA  |                                    |                              |                                |
| 8 Semestre:4° 9 Estado Civil: <u>SOLTERO</u>   |                                    |                              |                                |
| 10 Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha:  | 50%                                | 11 Promedio :                | 72                             |
| 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 :::::                   |
| [1:1:1:1:]   | [1-1-1-1-1]                        | <u> </u>                     | ARTES                          |
| 14 Domicilio: RIO LA COMPAÑIA MZ. 79, LT. 1, SECCION VI, 56  |                                    | ALCO                         | 10 T 1/1 55510.10055           |
| 16 Clave de Centro de Trabajo: 15ECT0185E 17 Correo  |                                    |                              | 18 Teléfono: <u>5551240355</u> |
|  | LIC. ALBA RIVERA CASTRO,           | PEDAGOGO A                   |                                |
| III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR  |                                    |                              |                                |
| 20 Nombre del Organismo Receptor COMPUPAPELERIA MISS JEANNET   |                                    |                              |                                |
| Ambito de Gobierno:  |                                    |                              |                                |
| Federal Estatal Municipal  | Organismo No Guhernamental         | Iniciativa Privada           | .X. Institución Educativa      |
| 21 Unidad Administrativa Responsable: ATENCION A CLIENTES  |                                    |                              |                                |
| 22 Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable:  AV. CUATLALPAN MZ 84, LT 57, CASA 2, LOS HEROES CHALCO, 56640 |                                    |                              |                                |
| 23 Municipio: CHALCO 24 Teléfono: 55-60-00-13-52   |                                    |                              |                                |
| 25 Correo electrónico: MISSJEANNET@GMAIL.COM   |                                    |                              |                                |
| 26 Responsable del programa y cargo: C. ROCIO MIGUEL SANCHEZ, ENCARGADA  |                                    |                              |                                |
|  |                                    |                              |                                |
| 27 Programa en el que participará el prestador: Salud ::::  Vivienda Empleo y capacitación para el trabajo           | Educación, arte, cultura y deporte | Apoyo a proyectos produ      | ntación y Nutrición            |
| Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad Gobierno, justicia y seguridad pública        |                                    |                              |                                |
| Pueblos indígenas Derechos humanos Política y planeación económica y social  |                                    |                              |                                |
| Infraestructura hidráulica y de saneamiento Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos                   |                                    |                              |                                |
| Asistencia y seguridad social Desarrollo urbano Desarrollo Tecnológico   |                                    |                              |                                |
| 28 Actividades que desarrollará el prestador: ESCANEO DE DOCUMENTOS, ELABORACION DE DOCUMENTOS EN LINEA              |                                    |                              |                                |
|  |                                    |                              |                                |
| En que horario: Lunes a Viernes X:   | Sábado, Domingo, Días Festivos     | · [ <u>:::</u> :             |                                |
| de <u>18:00</u> a <u>22:00</u>   | de a                               |                              |                                |
| 29 Período de Prestación: del: 12 JUL  | IO 2024 al                         | 20 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:  | Con beca:                          |                              |                                |
| C. Rocío Miguel Sánchez Daniel Antonio Molina Díaz   |                                    |                              |                                |
| Por el Organismo Receptor  |                                    | Nombre y firma del Prestador |                                |
|  |                                    |                              |                                |
|  |                                    |                              |                                |
| Profra. María Magdalena Rojas Galicia  |                                    |                              |                                |
| Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo  |                                    |                              |                                |