

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.Fecha: 21 DE JULIO DE 2023 2.- No. De Registro Estatal de Servicio Social: 15ECT0016J-23-01-N-NC
 3.- Nombre: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
 4.-Correo Electrónico: _____ 5.- Edad: _____ 6.- Sexo: _____
 7.- Carrera: _____
 8.- Semestre: 5° 9.- Estado Civil: SOLTERO (A)
 10.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: 66% 11.- Promedio: _____

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

12.- Nombre de la Institución Educativa: CBT JUSTO SIERRA, SAN MATEO ATENCO
 13.- Subsistema: CBT CONALEP CECYTEM INCORPORADAS BELLAS ARTES
 14.- Domicilio: AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 800, BO. DE SAN FRANCISCO 15.- Municipio: SAN MATEO ATENCO
 16.- Clave de Centro de Trabajo: 15ECT0016J 17.- Correo Electrónico: CBTJSSMA@GMAIL.COM 18.- Teléfono: 7224903539
 19.- Funcionario responsable del servicio Social y cargo: ING. LEONARDO ESCUTIA ALCÁNTARA; VINCULADOR

III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR

20.- Nombre del Organismo Receptor:
Ambito de Gobierno:
 Federal Estatal Municipal Organismo No Gubernamental Inst. Educativa Inst. Privada
 21.- Unidad Administrativa Responsable:
 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable:
 23.- Municipio: _____ 24.- Teléfono: _____
 25.- Correo Electrónico: _____
 26.- Responsable del programa y cargo:
 27.-Programa en el que participará el prestador: salud Educación, arte, cultura y deporte 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
 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 Medio ambiente Desarrollo humano Desarrollo Tecnológico
 28.- Actividades que desarrollará el prestador:
 En que horario: Lunes a Viernes Sábados, Domingos, Días Festivos
 de ____ a ____ de ____ a ____
 29.- Período de Prestación: del 24 JULIO 2023 al: 24 ENERO 2024
 Día Mes Año Día Mes Año
 30.- Horas de duración del programa o proyecto: 480 horas: Otras _____
 31.- Servicio Social con beca o sin beca: sin beca Con beca Monto: \$ _____

Por el Órgano Receptor

Nombre y firma del Prestador

PROFR. ISAÍAS AGUILAR HERNÁNDEZ

Por la Secretaría de Educación

DR. JUAN JOSÉ MORENO SALINAS

Por la institución educativa