



EDUCACIÓN

SOLICITUD - REGISTRO/AUTORIZACIÓN

I. DATOS DEL PRESTADOR

1.- Fecha: 12/02/2025 2.- No. de Matricula: at4cd585ddc7
 3.- Nombre: Tomas Antonio Valeria
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
 4.- Correo Electrónico: valetomasantonio@gmail.com 5.- Edad: 16 6.- Género: Femenino
 7.- Carrera: Administración
 8.- Semestre: 4 9.- Estado Civil: Soltera
 10.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: 80 11.- Promedio: 8.1

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

12.- Nombre de la Institución Educativa: CBT HUIXQUILUCAN
 13.- Subsistema: BT ESTATAL CONALEP CECYTEM BT INCORPORADAS BELLAS ARTES
 14.- Domicilio: Domicilio conocido, Santa Cruz Avotuxco, s/n 15.- Municipio: Huixquilucan
 16.- Clave de Centro de Trabajo: 15ECT0178V 17.- Correo Electrónico: 15ECT0178V_cbt@edugem.gob.mx 18.- Teléfono: _____
 19.- Funcionario responsable del servicio social y cargo: Mtro. Miguel Ángel Mora Ibarra, Director Escolar

III. DATOS DEL ORGANISMO RECEPTOR

20.- Nombre del Organismo Receptor: Escuela Secundaria Ricardo Flores Magon 118
 Ambito de Gobierno:
 Federal Estatal Municipal Organismo No Gubernamental Sector Empresarial Institución Educativa
 21.- Unidad Administrativa Responsable: Dirección
 22.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: Barrio Bandhi
 23.- Municipio: Naucalpan 24.- Teléfono: _____
 25.- Correo electrónico: _____
 26.- Responsable del programa y cargo: Martha Raquel Cerros Contreras
 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 urbano Desarrollo Tecnológico
 28.- Actividades que desarrollará el prestador: _____

En que horario: Li Martes Sábado, Domingo, Días Festivos
 de 8 a 16 de _____ a _____

29.- Periodo de Prestación: del: 10 Marzo 2025 al: 13 Junio 2025
 Día Mes Año Día Mes Año

30.- Horas de duración del programa o proyecto: 100 horas: Otras _____

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

Martha Raquel Cerros Contreras

Tomas Antonio Valeria

Nombre y firma por el Organismo Receptor

Nombre y firma del Prestador

Mtro Miguel Mora Ibarra

Nombre y firma de la máxima autoridad en el plantel educativo

ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MANO O MÁQUINA

TRAMITE GRATUITO

