|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anexo 4****ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL** **COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2022****SERVICIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR** **Y POSGRADO (PSESyP) 2022** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Institución Educativa:** |  |
| **Ejercicio fiscal de Contraloría Social:** |  | **Ejercicio fiscal del programa:** |  |

**DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro |  | Fecha de registro |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de sustitución:** |  |

1. **DATOS DEL APOYO DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| Apoyo:  |
| Dirección: |
| Objetivo General: |
| Localidad: |  | Municipio: |  | Estado: |  |
| Monto de la obra o apoyo: |  | Duración de obra o apoyo: |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | Cargo | CURP | Edad | Sexo (M/H) | Teléfono(incluir lada) | Correo electrónico | Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Localidad, Municipio, Estado) | Firma |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO (CON CAMBIOS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo | Cargo | CURP | Edad | Sexo (M/H) | Teléfono(incluir lada) | Correo electrónico | Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Localidad, Municipio, Estado) | Firma |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**MOTIVOS DE SUSTITUCIÓN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muerte del integrante  |  |  | Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
|  | Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)  |  |  | Pérdida del carácter de beneficiario del programa  |
|  | Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)  |  |  | Otra. Especifique |

|  |
| --- |
| **Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia del registro** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cargo del Servidor público:** |  |
| **Teléfono:** |  |
| **Correo** |  |

**Nota: Se deberá anexar esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social y subirla al SICS.**

Aviso de privacidad:

No se omite mencionar que el presente formato puede incluir información considerada como confidencial, en términos de lo dispuesto por el artículo 116 de la Ley General de Trasparencia y Acceso a la Información Pública, por lo que la misma no debe ser divulgada, salvo las excepciones previstas en la norma jurídica aplicable, de tal manera, que el uso o difusión de dicha información queda bajo la más estricta responsabilidad de quienes conozcan y den seguimiento al presente.