

EJERCICIO FISCAL

Fecha de sustitución:

dd/mm/aaaa

I. DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (CCS)	
Nombre del Comité de Contraloría Social	
Clave de registro del Sistema Informático de Contraloría Social (SICS) <small>(Este dato es proporcionado al Comité por la servidora o el servidor público estatal designado y por el medio establecido para tal fin)</small>	

II. DOMICILIO DONDE SE CONSTITUYE EL COMITÉ (DATOS DE LA ESCUELA PARA SU REGISTRO)			
Nombre de la escuela	Clave del Centro de Trabajo (CCT) 10 dígitos	Teléfono	Correo electrónico
Domicilio del Centro de Trabajo <small>(Estado, Municipio/Alcaldía, Localidad/Comunidad, Colonia, Calle y Número, Código Postal)</small>	Programa Federal que se implementa en la escuela <small>(Seleccionar con una "X")</small>		
	PROGRAMA NACIONAL DE INGLÉS (PRONI)	<input type="checkbox"/>	
	PROGRAMA EXPANSIÓN DE LA EDUCACIÓN INICIAL (PEEI)	<input type="checkbox"/>	

III. DATOS DE LA OBRA, APOYOS O SERVICIO DEL PROGRAMA (Descripción del (los) apoyo(s) y monto a vigilar)			
Apoyo, obra o servicio: <small>(nombre o denominación del tipo de apoyo)</small>			
Objetivo general:			
Características del tipo de apoyo: <small>(breve descripción incluyendo cantidades)</small>			
Domicilio (calle, número, colonia, código postal): <small>(donde se ejecuta o reciben el apoyo las y los beneficiarios)</small>		Teléfono: <small>(incluir lada)</small>	
Localidad/Comunidad:	Municipio/Alcaldía:	Estado:	
Monto de la obra, apoyo o servicio:			
Duración de la obra, apoyo o servicio:			

IV. INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR <small>(El manejo de los datos personales se realizará de conformidad con el Aviso de privacidad anexo a esta Acta)</small>				
Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité a sustituir <small>(nombre completo)</small>				
Sexo* <small>(M= Mujer H= Hombre)</small>	Edad	Cargo del integrante en el Comité <small>(Coordinadora[or] o Vocal)</small>		
CURP	Correo electrónico	Teléfono de contacto <small>(incluir lada)</small>		
Domicilio <small>(Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)</small>				
Firma o huella				

Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité a sustituir (nombre completo)					
Sexo* (M= Mujer H= Hombre)		Edad		Cargo del integrante en el Comité (Coordinadora[or] o Vocal)	
CURP		Correo electrónico		Teléfono de contacto (incluir lada)	
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
Firma o huella					

V. INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO(S) (El manejo de los datos personales se realizará de conformidad con el Aviso de privacidad anexo a esta Acta)					
Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité nuevo (nombre completo)					
Sexo* (M= Mujer H= Hombre)		Edad		Cargo del integrante en el Comité (Coordinadora[or] o Vocal)	
CURP		Correo electrónico		Teléfono de contacto (incluir lada)	
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
Firma o huella (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)					

Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité nuevo (nombre completo)					
Sexo* (M= Mujer H= Hombre)		Edad		Cargo del integrante en el Comité (Coordinadora[or] o Vocal)	
CURP		Correo electrónico		Teléfono de contacto (incluir lada)	
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
Firma o huella (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)					

VI. MOTIVO DE SUSTITUCIÓN: (Marque con una "X")	
Muerte del integrante	
Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a las y los miembros del Comité (anexar escrito)	
Acuerdo de la mayoría de las y los beneficiarios del Programa (anexar listado)	
Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (anexar listado)	
Pérdida del carácter de persona beneficiaria del Programa	
Otro. Especifique:	

Notas:

1. El Comité debe ser informado, por parte de la Instancia Ejecutora, acerca de quién es la servidora o servidor público encargado de recibir, revisar, validar y recopilar los documentos para la sustitución de intergrantes del Comité, así como de los formatos para el buen desempeño de sus funciones.
2. La presente Acta de Sustitución de Integrantes del Comité de Contraloría Social (CCS) se entregará debidamente llenada y firmada a la servidora o servidor público designado para tales fines.
3. Se anexa esta Acta de Sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social.
4. Este formato no deberá contener tachaduras o enmendaduras.

Nombre completo y firma de la persona servidora pública designada para recibir, revisar y validar este formato :

Cargo de la persona servidora pública:

Teléfono (incluír LADA):

Correo electrónico:

AVISO DE PRIVACIDAD
(La Instancia Ejecutora respectiva deberá agregar el Aviso de privacidad correspondiente, sobre el tratamiento de los datos personales solicitados en este formato)
Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad Agregar Aviso de Privacidad

FIRMA(S) DE CONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD POR PARTE DE LAS Y LOS INTEGRANTES NUEVOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL	
Nombre(s) y apellido(s)	Firma o huella

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".
 Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciada/o y sancionada/o de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.