



ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

NOMBRE DEL PROGRAMA	
EJERCICIO FISCAL	

Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa

1. DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL		
Nombre del Comité de Contraloría Social		
Clave del Centro de Trabajo (CCT) 10 dígitos	Teléfono	Correo electrónico
Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa (Este dato es proporcionado al Comité por la servidora o el servidor público estatal designado y por el medio establecido para tal fin)		
Ejemplo: 11-057-PRONI-11EPR0376O-C-2024 [Clave de la entidad, Número consecutivo del Comité de Contraloría Social, Siglas del Programa, CCT (Clave del Centro de Trabajo con diez dígitos), Siglas de tipo de comité: C (colectivo); I (Individual), Año fiscal]		

2. DOMICILIO DONDE SE CONSTITUYE EL COMITÉ	
Entidad federativa:	
Municipio/Alcaldía:	
Localidad/Comunidad:	
Calle:	
Número:	
Colonia:	
Código Postal:	



3. DATOS DEL BENEFICIO A VIGILAR						
Nombre o denominación del tipo de apoyo:						
Tipo de beneficio: (Marcar con una X) (beneficio): (registrar todos los apoyos que vigila)	Apoyo		Obra		Servicio	
Número de personas beneficiarias: (Registrar número de quienes reciben el apoyo)	Hombres:		Mujeres:		Total:	
Presupuesto asignado al beneficio:						
Fecha de ejecución del beneficio:						
Domicilio donde se ejecuta o reciben el apoyo las y los beneficiarios						
Entidad federativa:						
Municipio/Alcaldía:						
Localidad/Comunidad:						
Calle:						
Número:						
Colonia:						
Código postal:						



INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR		
Nombre completo: Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2		
CURP:		
Sexo: (M= Mujer H= Hombre)	Edad:	
Cargo del integrante: (Coordinadora[or] o Vocal)		
Correo electrónico de contacto:		
Teléfono de contacto (incluir lada):		
Firma o huella digital: (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)		

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO(S)		
Nombre completo: Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2		
CURP:		
Sexo: (M= Mujer H= Hombre)	Edad:	
Cargo del integrante: (Coordinadora[or] o Vocal)		
Correo electrónico de contacto:		
Teléfono de contacto (incluir lada):		
Firma o huella digital: (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)		



SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:

Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a los miembros del Comité (se anexa escrito)	Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del programa (se anexa minuta)
Muerte de la persona integrante	Pérdida del carácter de persona beneficiaria del programa
Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (se anexa minuta)	Otra (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 integrantes 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.

Datos de la persona servidora pública designada para apoyar en la constitución del Comité y recibir, revisar y validar este formato	
Nombre:	
Cargo:	
Correo electrónico:	
Firma	

Nota: Son integrantes beneficiarios, las madres y padres de familia o personas tutoras, que tengan hijas o hijos inscritos en la escuela, lo cual se acreditará con la documentación comprobatoria de dicha inscripción que se encuentre en el expediente de la escuela.



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 de la Instancia Responsable del Tratamiento de los datos del presente formato

Agregar Aviso de Privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los datos del presente formato

Agregar Aviso de Privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los datos del presente formato

Agregar Aviso de Privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los datos del presente formato

Agregar Aviso de Privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los datos del presente formato

FIRMA(S) DE CONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD POR PARTE DE LAS Y LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre(s) y apellido(s)	Firma o huella digital

"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.