



ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

Fecha de Sustitución:

Domicilio donde se constituye el Comité: *(Calle, número, colonia, código postal)*

Nombre del Comité de Contraloría Social:

Clave de Registro SICS:

1) DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

APOYO: **MONETARIO/FINANCIERO**

Objetivo General:

Mejorar, por conducto del CEAP, las condiciones de infraestructura física, equipamiento, material didáctico y el establecimiento de un horario extendido, con jornadas de entre 6 y 8 horas diarias y servicio de alimentación en beneficio de las niñas, niños y adolescentes de los planteles públicos de nivel inicial, preescolar, primaria y secundaria en sus diferentes modalidades, CAM y los Servicios Educativos CONAFE.

Localidad:

Municipio:

Estado:

Monto del Apoyo Recibido: \$

Duración del apoyo:



2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre completo:			
Edad:		Sexo:	
Cargo del integrante: <i>(Presidente que es el vocal de transparencia del CEAP y vocales los demás integrantes)</i>			
CURP:			
Correo Electrónico:			
Teléfono (Incluir lada):			
DOMICILIO			
Calle:		Colonia:	
Numero:		CP:	
FIRMA			

3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO

Nombre completo:			
Edad:		Sexo:	
Cargo del integrante: <i>(Presidente que es el vocal de transparencia del CEAP y vocales los demás integrantes)</i>			
CURP:			
Correo Electrónico:			
Teléfono (Incluir lada):			
DOMICILIO			
Calle:		Colonia:	
Numero:		CP:	
FIRMA			



4) MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:

	Indicar motivo
• Fallecimiento del integrante	
• Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa <i>(anexar listado)</i>	
• Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité <i>(anexar el escrito)</i>	
• Pérdida del carácter de beneficiario del programa	
• Acuerdo del Comité por mayoría de votos <i>(anexar listado)</i>	
• Otra. <i>Especifique:</i>	

Servidor público o representante de la Instancia Ejecutora que recibe este formato:

Nombre completo:	
Cargo:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
FIRMA	

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social

NOTA: El Comité de Contraloría Social proporcionará al Facilitador Autorizado (FA) o a la figura encargada de la recopilación de sus formatos, la documentación que da cuenta de las actividades de contraloría social que llevó a cabo. Dichos formatos deberán estar debidamente requisitados, y no deberá contener tachaduras o enmendaduras.

AVISO DE PRIVACIDAD

“La recolección de datos personales se lleva a cabo a través del presente formato, siendo responsable de su tratamiento la Secretaría de Bienestar Federal. Los datos personales que se recaban serán utilizados con la finalidad de constituir el padrón de beneficiarios del Programa Social La Escuela Es Nuestra y los Comités de Contraloría Social de dicho programa. Se podrán transferir sus datos personales a sujetos obligados a que se refiere la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y sólo se realizarán las transferencias que sean necesarias para atender el ejercicio de las atribuciones encomendadas para la realización del Programa Social La Escuela Es Nuestra. Lo anterior con fundamento en los artículos 22, fracciones II y V, 66, fracción I y 70, fracciones II, IV y VI de la citada Ley. El aviso de privacidad integral podrá consultarse en la siguiente liga electrónica:

http://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/TransparenciaFocalizada/AVISO_PRIVACIDAD.pdf .”