

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:***(ID Inmueble-CCT's)***Clave de Registro SICS:***(Se requisita con los datos proporcionados cuando se dio de alta el CCS en el SICS)*

1) DATOS DEL APOYO DEL PROGRAMA

APOYO: **MONETARIO/FINANCIERO****Objetivo General:**

Lograr que las comunidades escolares de los planteles públicos de educación básica, de nivel inicial, preescolar, primaria y secundaria en sus diferentes modalidades, CAM y los Servicios Educativos CONAFE, ubicados preferentemente en municipios con altos y muy altos índices de marginación, pobreza, con alto porcentaje de población indígena y afroamericana, reciban un subsidio a través del Comité Escolar de Administración Participativa (CEAP) para que extiendan su horario y/o brinden servicio de alimentación y/o equipen y/o rehabiliten y/o amplíen las condiciones físicas de su plantel.

Localidad:**Municipio:****Estado:****Monto del Apoyo Recibido:** \$**Duración del apoyo:**

2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Cargo del integrante: <i>Presidente (Que es el primer vocal de transparencia del CEAP)</i>	
Nombre completo:	
Edad:	Sexo:
CURP:	
Correo Electrónico:	
Teléfono (Incluir lada):	
Domicilio:	
Calle:	Colonia:
Numero:	CP:
Firma	

3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO

Cargo del integrante: <i>Vocales (Los demás vocales de transparencia del CEAP)</i>	
Nombre completo:	
Edad:	Sexo:
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 .”