PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA- ESTRATEGIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA NUEVA ESCUELA NORMAL EDINEN 2022

EJERCICIO FISCAL 2022

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fecha de Sustitución |
|  |  |
|  | Domicilio donde se constituye el Comité: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  |
|  |  |
| Clave de Registro |  |
|  |  |

1. **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Apoyo, obra o servicio: |  |
| Objetivo General: |  |
| Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal) |  |
| Localidad: |  |
| Municipio: |  |
| Estado: |  |
| Monto de la obra, apoyo o servicio: |  |
| Duración de la obra, apoyo o servicio |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Sexo |  |
| Edad: |  |
| Cargo del integrante: |  |

**3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Sexo |  |
| Edad: |  |
| Cargo del integrante: |  |
| CURP: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono(Incluir lada) |  |
| Domicilio: | |
| Calle: |  |
| Numero: |  |
| Colonia: |  |
| CP: |  |
| Firma |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Sexo |  |
| Edad: |  |
| Cargo del integrante: |  |
| CURP: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono(Incluir lada) |  |
| Domicilio: | |
| Calle: |  |
| Numero: |  |
| Colonia: |  |
| CP: |  |
| Firma |  |

**MOTIVO 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 de registro:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

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

**(Agregar aviso de privacidad)**