|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL****(ANEXO 3)****Programa de Becas Elisa Acuña****Para niñas y adolescentes en contexto de vulnerabilidad, agravada por el embarazo y la maternidad temprana, para el acceso, permanencia y conclusión de su educación básica****2020** |

El Responsable Estatal de Contraloría Social deberá llenar los apartados I y II. La nueva o el nuevo integrante del Comité registrarán la información que se solicita en esta acta.1. **DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Comité: |  |
| No. de registro: | Fecha de registro: |

1. **DATOS DE LOS APOYOS DE LA BECA**

|  |
| --- |
| Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe: |
| Ubicación o Dirección: | Localidad: |
| Municipio: | Estado: |
| Monto de apoyo: |  |

1. **NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LAS/OS INTEGRANTE (S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL | DOMICILIO (calle, número, localidad, municipio) | TELÉFONO | FIRMAOHUELLA DIGITAL | SEXO(H/M) | EDAD |
|  |  |  |  |  |  |

1. **SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Muerte de la o él integrante |  |  | Acuerdo de la mayoría de las beneficiarias (se anexa listado) |  |
|  |  |  |  |  |
| Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité (se anexa el escrito) |  |  | Pérdida del carácter de beneficiaria |  |
|  |  |  |  |  |
| Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (se anexa listado) |  |  | Otra, especifique |
|  |  |  |  |  |

1. **NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LAS/OS INTEGRANTE (S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL | DOMICILIO (calle, número, localidad, municipio) | TELÉFONO | FIRMAOHUELLA DIGITAL | SEXO(H/M) | EDAD |
|  |  |  |  |  |  |

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre, cargo y firma delResponsable Estatal de Contraloría Socialque recibe esta cédula |  | Nombre, cargo y firma delCoordinador Estatal. |

 |