|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **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 | FIRMA  O  HUELLA 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 | FIRMA  O  HUELLA 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 del  Responsable Estatal de Contraloría Social  que recibe esta cédula |  | Nombre, cargo y firma del  Coordinador Estatal. | |