

**ANEXO 5**

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE

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)**