**Anexo 2. Acta de Sustitución de Integrantes del Comité de Contraloría Social (CCS)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Programa: Beca de Manutención Veracruz | | | | |  | Periodo: septiembre 2019 - julio 2020 | | | | |
| Ejercicio Fiscal: 2019 | | | | |  | Fecha de constitución del CCS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |
| Domicilio legal de constitución del CCS:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Colonia:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Localidad o Alcaldía:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Municipio:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Entidad Federativa:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | C.P.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nombre del Comité de Contraloría Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Institución Pública de Educación Superior (IPES):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Unidad Administrativa o Facultad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre del integrante actual del Comité de Contraloría Social a sustituir**:** | | | | | | | | | | |
| **Nombre completo del integrante** | **Edad** | **Sexo** | | **Dirección: calle, número, colonia, municipio, estado, CP** | | | **Correo electrónico o teléfono** | | **Cargo dentro**  **del Comité** | **Firma** |
|  |  |  | |  | | |  | |  |  |

1. Seleccionar la causa por la que pierde la calidad de integrante del CCS:

|  |  |
| --- | --- |
| Separación voluntaria mediante escrito dirigido a los miembros del Comité |  |
| Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos |  |
| Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del Programa |  |
| Pérdida del carácter de beneficiario |  |
| Muerte del integrante |  |
| Otra (especificar) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nombre del nuevo integrante del Comité de Contraloría Social que sustituye al anterior: | | | | | | |
| **Nombre completo del integrante** | **Edad** | **Sexo** | **Dirección: calle, número, colonia, municipio, estado, CP** | **Correo electrónico o teléfono** | **Cargo dentro**  **del Comité** | **Firma** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**RCS:** Anexar esta Acta de Sustitución al Acta original de Constitución del Comité de Contraloría Social.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Horacio Sosa Landa |  |  |
| **Responsable de Contraloría Social Estatal** |  | **Responsable del CCS (nombre, firma)** |