**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)** |