**FORMATO 7**

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR**

**ACTA SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

1. **Datos Generales del Comité de Contraloría Social**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del comité de contraloría Social** | **Número de Registro del Comité** | **Fecha de elaboración** |
|  |  |  |

1. **Datos del Apoyo del Programa**

|  |
| --- |
| Nombre y descripción del apoyo o servicio que se recibe: |
|  |
| Ubicación o Dirección de Instituto o Centro: | Localidad: | Estado: |
|  |  |  |
| Vigencia del Apoyo o Servicio: | Monto a Vigilar: |
|  |  |
| Comité: | Periodo de Ejecución: |

1. **Nombre del Integrante Actual del Comité de contraloría Social a sustituir**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Contralor Social** | **Domicilio completo del contralor** | **CURP** | **Firma** |
|  |  |  |  |

1. **Situación por la cual perderá la calidad de integrante del comité de Contraloría Social.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Muerte del Integrante** |  | **Acuerdo por la mayoría de los beneficiarios del programa (anexar Listado y documento de acuerdo)** |
|  | **Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (Anexar escrito)** |  | **Pérdida de Carácter de beneficiario del programa** |
|  | **Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa Formato 4 “minuta o acuerdo del porque se decidió el cambio)** |  | **Otra Especifique:** |

1. **Nombre del Nuevo Integrante del Comité de Contraloría Social que sustituye al anterior**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los Contralores Sociales | Domicilio particular de los Contralores | Sexo(M/H) | Edad | CURP | Cargo | Firma |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Comité de Contraloría Social** |
|  |  |  |
| **Nombre del Presidente de la Contraloría Social** |  | **Nombre del Secretario del Comité del Contraloría Social** |
|  |  |  |
| **Nombre del Vocal de la Contraloría Social** |  |  |
|  |
|  |
| **Recibe la Notificación** |
|  |
| **Nombre del Representante de la Contraloría Social** |

**Nota 1:** Se deberá de Adjuntar lista de asistencia con nombre y firma de los integrantes del comité, de sustitución del integrante del Comité.

**Nota 2:** Se deberá de requisitar en dos originales del formato, uno queda en poder del Representante de Contraloría Social y el segundo como evidencia del cambio ante el Comité.