**Acta de sustitución de un integrante del Comité de Contraloría Social**

|  |  |
| --- | --- |
| Programa: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2019 | Fecha de sustitución |  |  | 2019 |
| Ejercicio Fiscal | Día / mes / año |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre del Comité de Contraloría Social (Clave del Programa, Clave CCT, Nombre de la Escuela, Turno) | Número de registro que emite el SICS (Este dato lo llena el Enlace Estatal de Contraloría Social) |

|  |
| --- |
| Nombre del Integrante del Comité de Contraloría Social a Sustituir |
| Nombre y apellidos del integrante del Comité | Domicilio (Estado, municipio, localidad, calle, número, colonia, código postal) | Sexo(M/H) | Edad | Cargo |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Causa por la Cual Pierde la Calidad de Integrante del Comité de Contraloría Social

(Marque con una X)

|  |  |
| --- | --- |
| Separación voluntaria |  |
| Acuerdo de la mayoría de los integrantes del Comité de Contraloría Social |  |
| Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del Programa Federal |  |
| Fallecimiento del integrante |  |

Otra. Especifique:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Nombre del Nuevo Integrante del Comité de Contraloría Social |
| Nombre y apellidos del integrante del Comité | Domicilio (Estado, municipio, localidad, calle, número, colonia, código postal) | Sexo(M/H) | Edad | Cargo en el Comité | Firma(acepto el cargo) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Firma del Coordinador del Comité de Contraloría Social** |

**Notas:**

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal, para su captura en el SICS

Los Servidores Públicos encargados, expedirán la nueva Constancia de Registro del Comité, la cual será entregada al Coordinador (a) de dicho Comité.

Aviso de Privacidad Simplificado: para la creación, conformación y/o minutas de reunión de los Comités de Contraloría Social en los formatos proporcionados en la Guía Operativa de Participación y Contraloría Social. \*Aviso de Privacidad. En cumplimiento a Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de Quintana Roo, los Servicios Educativos de Quintana Roo, con domicilio en la avenida Insurgentes, número 600, colonia Gonzalo Guerrero, código postal 77020, de la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo, en su calidad de Sujeto Obligado informa que es el responsable del tratamiento de los Datos Personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la citada Ley y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos que recabemos de usted, los utilizaremos principalmente para realizar el registro de creación, conformación y reuniones de los Comités de Contraloría Social, generar las respuestas correspondientes, elaborar informes, realizar estadísticas y en su caso, establecer comunicación para dar seguimiento a la conclusión de las solicitudes. Para mayor detalle consulte, nuestro Aviso de Privacidad Integral en: http://qroo.gob.mx/seq en la sección “Datos Personales”.