

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (CCS)**  
de los Programas Federales: Programa Nacional de Inglés (PRONI) y Programa Expansión de la Educación Inicial (PEEI)

<b>EJERCICIO FISCAL</b>	<b>Fecha de sustitución:</b>	<b>dd/mm/aaaa</b>
-------------------------	------------------------------	-------------------

**I. DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (CCS)**

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social</b>	
<b>Clave de registro del Sistema Informático de Contraloría Social (SICS)</b> (Este dato es proporcionado al Comité por la servidora o el servidor público estatal designado y por el medio establecido para tal fin)	

**II. DOMICILIO DONDE SE CONSTITUYE EL COMITÉ  
(DATOS DE LA ESCUELA PARA SU REGISTRO)**

Nombre de la escuela	Clave del Centro de Trabajo (CCT) 10 dígitos	Teléfono	Correo electrónico
<b>Domicilio del Centro de Trabajo</b> (Estado, Municipio/Alcaldía, Localidad/Comunidad, Colonia, Calle y Número,	<b>Programa Federal que se implementa en la escuela</b> (Seleccionar con una "X")		
	PROGRAMA NACIONAL DE INGLÉS (PRONI)		
	PROGRAMA EXPANSIÓN DE LA EDUCACIÓN INICIAL (PEEI)		

**III. DATOS DE LA OBRA, APOYOS O SERVICIO DEL PROGRAMA  
(Descripción del (los) apoyo(s) y monto a vigilar)**

<b>Apoyo, obra o servicio:</b> (nombre o denominación del tipo de apoyo)			
<b>Objetivo general:</b>			
<b>Características del tipo de apoyo:</b> (breve descripción incluyendo cantidades)			
<b>Domicilio (calle, número, colonia, código postal):</b> (donde se ejecuta o reciben el apoyo los beneficiarios)		<b>Teléfono:</b> (incluir lada)	
<b>Localidad/Comunidad:</b>	<b>Municipio/Alcaldía:</b>	<b>Estado:</b>	
<b>Monto de la obra, apoyo o servicio:</b>			
<b>Duración de la obra, apoyo o servicio:</b>			

**IV. INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

(El manejo de los datos personales se realizará de conformidad con el Aviso de privacidad anexo a esta Acta)

<b>Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité a sustituir</b> (nombre completo)			
<b>Sexo*</b> (M= Mujer H= Hombre)	<b>Edad</b>	<b>Cargo del integrante en el Comité</b>	

<b>CURP</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono de contacto</b> (incluir lada)	
<b>Domicilio</b> (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
<b>Firma o huella</b>					

<b>Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité a sustituir</b> (nombre completo)					
<b>Sexo*</b> (M= Mujer, H= Hombre)		<b>Edad</b>		<b>Cargo del integrante en el Comité</b> (Coordinadora[or] o Vocal)	
<b>CURP</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono de contacto</b> (incluir lada)	
<b>Domicilio</b> (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/ Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
<b>Firma o huella</b>					

<b>V. INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO(S)</b> (El manejo de los datos personales se realizará de conformidad con el Aviso de privacidad anexo a esta Acta)					
<b>Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité nuevo</b> (nombre completo)					
<b>Sexo*</b> (M= Mujer, H= Hombre)		<b>Edad</b>		<b>Cargo del integrante en el Comité</b> (Coordinador o Vocal)	
<b>CURP</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono de contacto</b> (incluir lada)	
<b>Domicilio</b> (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					
<b>Firma o huella</b> (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)					

<b>Nombre(s) y apellido(s) de la o el integrante del Comité nuevo</b> (nombre completo)					
<b>Sexo*</b> (M= Mujer H= Hombre)		<b>Edad</b>		<b>Cargo del integrante en el Comité</b> (Coordinadora[or] o Vocal)	
<b>CURP</b>		<b>Correo electrónico</b>		<b>Teléfono de contacto</b>	
<b>Domicilio</b> (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Localidad/Comunidad/ Municipio/Alcaldía, Estado)					

<b>Firma o huella</b> (Aceptación del cargo en el Comité de Contraloría Social)	
--	--

<b>VI. MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:</b> (Marque con una "X")	
<b>Muerte del integrante</b>	
<b>Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a las y los miembros del Comité (anexar escrito)</b>	
<b>Acuerdo de la mayoría de las y los beneficiarios del Programa (anexar listado)</b>	
<b>Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (anexar listado)</b>	
<b>Pérdida del carácter de persona beneficiaria del Programa</b>	
<b>Otro. Especifique:</b>	

- Notas:**
1. El Comité debe ser informado, por parte de la Instancia Ejecutora, acerca de quién es la servidora o servidor público encargado de recibir, revisar, validar y recopilar los documentos para la sustitución de integrantes del Comité, así como de los formatos para el buen desempeño de sus funciones.
  2. La presente Acta de Sustitución de Integrantes del Comité de Contraloría Social (CCS) se entregará debidamente llenada y firmada a la servidora o servidor público designado para tales fines.
  3. Se anexa esta Acta de Sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social.
  4. **Este formato no deberá contener tachaduras o enmendaduras.**

**ANA ROSA PINEDA GUEL**  
 ENLACE ESTATAL DE CONTRALORIA SOCIAL  
 444 8159814  
[participacionsocial@seslp.gob.mx](mailto:participacionsocial@seslp.gob.mx)

<b>AVISO DE PRIVACIDAD</b>
----------------------------

La Coordinación General de Participación Social de la SEGE es la responsable de proteger los datos personales recabados en el presente formato; mismos que serán utilizados únicamente para realizar la captura en el Sistema Informático de Contraloría Social; difundir información, otorgar capacitaciones y asesoría a los comités, así como seguimiento de los resultados en materia de Contraloría Social; y contar con una base de datos confiables que permita concentrar información de los contralores sociales.

Asimismo, informo a Usted que la información proporcionada será transferida Secretaría de la Función Pública, Dirección General de Gestión Escolar y Enfoque Territorial de la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública con la finalidad de reportar avances y resultados relativos a Contraloría Social, así como aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

El sitio de internet donde puede ejercer su derecho de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como consultar el Aviso de Privacidad Integral es el siguiente: <https://slp.gob.mx/sege/Paginas/Aviso-de-Privacidad.aspx>

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines indíquelo a continuación.

**No consiento que mis datos personales sean tratados para fines distintos a los establecidos.**

<b>FIRMA(S) DE CONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD POR PARTE DE LAS Y LOS INTEGRANTES NUEVOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL</b>	
Nombre(s) y apellido(s)	Firma o huella

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".  
 Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciada/o y sancionada/o de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.