**ANEXO IV**

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, S247 PRODEP**

**EJERCICIO FISCAL: 2022**

**ACTA DE SISTITUCIÓN DE INETRAGRENTE(S) DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de Sustitución del Comité: |  |
| Domicilio donde se constituye el Comité: |  |
| Nombre del Comité de Contraloría Social: |  |
| Clave de Registro:  (Recuerde que la Clave se obtiene una vez que se hace el registro del comité en el SICS) |  |

1. **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| Seleccione:  (Apoyo, obra o servicio) |  |
| Objetivo General: | Tiene como objetivo contribuir para que el personal docente y personal con funciones de dirección, de supervisión, de asesoría técnico pedagógica y cuerpos académicos accedan y/o concluyan programas de formación, actualización académica, capacitación y/o proyectos de investigación para fortalecer el perfil necesario para el desempeño de sus funciones. |
| Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal) |  |
| Localidad: |  |
| Municipio: |  |
| Estado: |  |
| Monto de la obra, apoyo o servicio: |  |
| Duración de la obra, apoyo o servicio (periodo) |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Sexo: |  |
| Edad: |  |
| Cargo del integrante: |  |
| CURP: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono: (Incluir lada) |  |
| Domicilio: | |
| Calle: |  |
| Numero: |  |
| Colonia: |  |
| C.p. : |  |
| Firma: |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo: |  |
| Sexo: |  |
| Edad: |  |
| Cargo del integrante: |  |
| CURP: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| Teléfono: (Incluir lada) |  |
| Domicilio: | |
| Calle: |  |
| Numero: |  |
| Colonia: |  |
| C.p. : |  |
| Firma: |  |

1. **MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Muerte del integrante |  | Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
| Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito) |  | Pérdida del carácter de beneficiario del programa |
| Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado) |  | Otra. Especifique |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia de registro:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social

**AVISO DE PRIVACIDAD:**

[**https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328462/Proyecto\_Aviso\_Privacidad\_TecNM\_16052018.pdf**](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328462/Proyecto_Aviso_Privacidad_TecNM_16052018.pdf)