



**FORMATO 7**

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

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

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

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

**II. 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: |         |

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

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

**IV. 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:  |

**V. 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 de 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.