



Anexo 2. Acta de Sustitución de Integrantes del Comité de Contraloría Social

Nombre del Programa: Programa Nacional de Becas- Instituto Nacional de Antropología e Historia

Fecha de constitución del CCS: _____

Ejercicio Fiscal: 2019

Número de registro del comité: _____

Ciclo escolar: 2019-2020

Fecha de registro del CCS: _____

Domicilio legal de constitución del CCS: _____

Colonia: _____

Delegación o Municipio: _____

Entidad federativa: _____ C.P. _____

Nombre del Comité de Contraloría Social: _____

Nombre de la Unidad Académica (UA): _____

I. Nombre del integrante actual del Comité de Contraloría Social a sustituir:

| Nombre completo del integrante | Edad | Sexo | Dirección (Calle, número, colonia y municipio, estado, C.P.) | Correo electrónico / teléfono | Cargo dentro del Comité | Firma |
|--------------------------------|------|------|--|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | | | | |

II. Seleccionar la causa por la que pierde la calidad de integrante del CCS:

| | |
|---|--|
| Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité | |
| Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos; | |
| Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa federal de que se trate | |
| Pérdida del carácter de beneficiario | |
| Muerte del integrante | |
| Otra | |

III. Nombre del nuevo integrante del CCS, que sustituye al anterior:

| Nombre completo del integrante | Edad | Sexo | Dirección (Calle, número, colonia y municipio, estado, C.P.) | Correo electrónico / teléfono | Cargo dentro del Comité | Firma |
|--------------------------------|------|------|--|-------------------------------|-------------------------|-------|
| | | | | | | |

Responsable de la Unidad Académica (Nombre, firma y cargo)

Responsable del CCS (Nombre, firma)