

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

Nombre del Programa: Programa Nacional de Becas-Beca Institucional  
Ejercicio Fiscal: 2017  
Ciclo escolar: 2017-2018

Fecha de constitución del CCS: \_\_\_\_\_  
Número de registro del comité: \_\_\_\_\_  
Fecha de registro del CCS: \_\_\_\_\_

Domicilio legal de constitución del CCS: \_\_\_\_\_  
Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
RCS Estatal o Institucional (Nombre, firma y cargo)

\_\_\_\_\_  
Responsable del CCS (Nombre, firma)