



Anexo 4. Acta de Sustitución CCS 2020



Nombre del Programa: *Programa de Becas Elisa Acuña - Becas Institucionales (Nivel Superior y Medio Superior)*

Fecha de constitución del CCS: _____

Ejercicio Fiscal: 2020

Fecha de Sustitución: _____

Domicilio legal de constitución del CCS: _____

Colonia: _____

Alcaldía 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:

CURP y 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	
Pérdida del carácter de beneficiario	
Muerte del integrante	
Otra (Indicar)	

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

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

RCS (Nombre, firma y cargo)

Integrante del CCS
(Nombre y firma)