ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

**NOMBRE DEL PROGRAMA: ATENCIÓN DE PLANTELES PÚBLICOS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR CON ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD (PAPPEMS)**

**EJERCICIO FISCAL: 2025**

Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa

|  |
| --- |
| **Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir** |
| **Nombre completo:** |  Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| **Sexo:** |   Hombre / Mujer |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **Correo electrónico:** |   |
| **Teléfono (incluir lada):** |   |
| **Firma:** |  |

|  |
| --- |
| **Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)** |
| **Nombre completo:** |  Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| **Sexo:** |   Hombre / Mujer |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **Correo electrónico:** |   |
| **Teléfono (incluir lada):** |   |
| **Firma:** |  |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social:**  |
|  |
| **Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa** |
|   |

**SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a los miembros del Comité (se anexa escrito) |  | Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del programa (se anexa minuta) |
|  |  |  |
| Muerte de la persona integrante |  | Pérdida del carácter de persona beneficiaria del programa |
| Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (se anexa minuta) |  | Otra (Especifique) |

|  |
| --- |
| **Datos de la persona servidora pública que apoya en el proceso de sustitución del Comité** |
| **Nombre: C.P. MAYRA GUADALUPE NAVARRETE BACA** |
| **Cargo: ENLACE ESTATAL DE CONTRALORÍA SOCIAL** |
| **Firma**  |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

PARA LA CONFORMACIÓN DE COMITÉ DE COTRALORÍA SOCIAL

Secretaría de Educación y Deporte (SEyD), Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo, con domicilio en C. Venustiano Carranza No. 601, Colonia Obrera, C.P. 31350, ciudad Chihuahua, Chihuahua, por conducto del área de Contraloría Social será el responsable del tratamiento de sus datos personales.

Los datos personales que se recaben serán utilizados con los siguientes fines:

* Acta-Registro de Constitución del Comité de Contraloría Social
* Acta de Sustitución de Integrantes del Comité de Contraloría Social
* Minuta de Reunión del Comité de Contraloría Social
* Informe del Comité de Contraloría Social
* Cédula Informativa y de Verificación.

Por lo que es necesario se otorgue su consentimiento para llevar a cabo las finalidades anteriormente descritas al calce del presente.

 Los datos personales serán transferidos a las siguientes instituciones con las finalidades descritas:

* A la Secretaría de la Función Pública, con la finalidad de capturar las actividades de Promoción y Operación de Contraloría Social en el Sistema Informático de Contraloría Social.
* Así como a la Plataforma Nacional de Transparencia, con la finalidad de la atención a solicitudes de información pública o las obligaciones y rendición de cuentas.

Por lo que es necesario se otorgue su consentimiento para llevar a cabo las transferencias anteriormente descritas al calce del presente.

Usted cuenta con la posibilidad de negarse al tratamiento de sus datos personales, no obstante, los mismos son esenciales para realizar el trámite descrito en las finalidades que anteceden, por lo que de manifestar su negativa el mismo no podrá llevarse a cabo.

El aviso de privacidad integral podrá consultarse en:

* La página Web de la Secretaría de Educación y Deporte [www.educacion.chihuahua.gob.mx](http://www.educacion.chihuahua.gob.mx) en el apartado de transparencia, avisos de privacidad.
* De manera física en las unidades administrativas que realicen el tratamiento de datos personales.

En caso de no estar de acuerdo con el tratamiento o transferencia de sus datos personales de sus datos personales, se le pide marque la siguiente casilla.

Otorgo el consentimiento al tratamiento y transferencia de mis datos personales.

No otorgo el consentimiento al tratamiento y transferencia de mis datos personales.

Firma del titular de los datos personales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para***

***fines distintos a los establecidos en el programa”***