



Anexo 5
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL
COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2017
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD
EDUCATIVA (PFCE) 2016



Nombre de la Institución Educativa:

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:

Ubicación o Dirección: _____

Localidad: _____

Municipio: _____

Estado: _____

DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

| Nombre | Sexo (H/M) | Edad | Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado | Firma |
|--------|------------|------|--|-------|
| | | | | |

DATOS DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR

| Nombre | Sexo (H/M) | Edad | Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado | Firma |
|--------|------------|------|--|-------|
| | | | | |

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

| | |
|--|-----------------------|
| | Muerte del integrante |
|--|-----------------------|

| | |
|--|--|
| | Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito) |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | Pérdida del carácter de beneficiario del programa |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado) |
|--|--|

| | |
|--|-------------------|
| | Otra. Especifique |
|--|-------------------|

Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora

Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Ejecutora

Nota: Se deberá anexar esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social.