

Anexo 5
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL
COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2020
PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD
EDUCATIVA (PFCE) 2019

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Nombre de la Institución Educativa: | | | |
| Ejercicio fiscal de Contraloría Social: | | Ejercicio fiscal del programa: | |

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| | Número de registro | Fecha de registro |
| Nombre del Comité de Contraloría Social | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

| | | | | | | |
|--|--|-------------------|--|---------|--|--|
| Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe: | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | |
| Localidad: | | Municipio: | | Estado: | | |
| Monto de la obra o apoyo: | | Período de apoyo: | | | | |

III. CAMBIOS

DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

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

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 |

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

| Nombre | Cargo | CURP | 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)

firmas

Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora (Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades**)

Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Ejecutora (Representante de las personas beneficiarias)***

| <i>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</i> | | | |
|---|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| <i>Contacto</i> | <i>Nombre de Contacto</i> | <i>Teléfono</i> | <i>Correo electrónico</i> |
| <i>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</i> | | | |
| <i>Representante de las personas beneficiarias***</i> | | | |

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