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

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

**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:  |
| 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\*\*\*)*** |  |

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

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