



**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.**