



**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.**