

**Anexo 5**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ**  
**DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019**  
**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD**  
**EDUCATIVA (PFCE) 2018**

**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**

<input type="checkbox"/>	Muerte del integrante	<input type="checkbox"/>	Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado)
<input type="checkbox"/>	Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)	<input type="checkbox"/>	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
<input type="checkbox"/>	Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)	<input type="checkbox"/>	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.