|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\sonia.tapia\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\V9UNBT9F\cgutyp.jpg | **Anexo 5**  **ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2018**  **PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE) 2017** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |  |
|  | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |

**DATOSDEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIALA SUSTITUIR**

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

**DATOS DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIALQUE SUSTITUYE ALANTERIOR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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*** |  | ***Nombrey 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.**