

**Anexo 5**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL**  
**COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**

<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>			
<b>Ejercicio fiscal de Contraloría Social:</b>		<b>Ejercicio fiscal del programa:</b>	

**I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

	Número de registro	Fecha de registro
Nombre del Comité de Contraloría Social		

**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)
	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
	Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)

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\*\*\*)***

<b><i>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</i></b>			
<b><i>Contacto</i></b>	<b><i>Nombre de Contacto</i></b>	<b><i>Teléfono</i></b>	<b><i>Correo electrónico</i></b>
<b><i>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</i></b>			
<b><i>Representante de las personas beneficiarias***</i></b>			

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