|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | C:\Users\juan.hernandez\Desktop\FormatoPapeleria\HORIZONTAL\SEP_horizontal_ALTA-01.jpg | **Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE)**  **ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DE COMITÉ** |  |   **Se capturará en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS), cuando aplique.** | | |  |
| **Nombre de la Institución Educativa:** | | **Universidad Autónoma del Estado de México** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2016** | **2017** |
| **EJERCICIO FISCAL VIGILADO** |  |  |

**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:  Periodo de ejecución del apoyo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Ubicación o Dirección: | | |  | | | | |
| Localidad: |  | | | Municipio: |  | Estado: |  |
| Monto de la obra: | |  | | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |

**NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio) | Sexo (M/H) | Firma |
|  |  |  |

**NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio) | 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 Educativa*** |  | ***Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Educativa*** |

**Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social**