

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**



de los Programas Federales: Programa Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE), Programa Nacional de Inglés (PRONI), Programa Nacional de Convivencia Escolar (PNCE), Programa Escuelas de Tiempo Completo (PETC), y Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa (PIEE) en Educación Especial



2018	Fecha	
Ejercicio Fiscal		día/mes/año

Nombre del Comité de Contraloría Social (Clave del Programa, Clave CCT, Nombre de la Escuela, Turno, Ciclo Escolar)	Clave de registro del Comité (Lo llenará el Enlace Estatal de Contraloría Social)
--	---

Nombre de la Escuela:	
-----------------------	--

NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR				
Nombre y apellidos del integrante del Comité	Domicilio (Estado, municipio, localidad, calle, número, colonia, código postal)	Sexo* (H /M)	Edad	Cargo en el Comité (Coordinador o Vocal)

CAUSA POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (Marque con una X)	
Muerte del integrante	
Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité	
Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos	
Pérdida del carácter de beneficiario	
Separación voluntaria	
Otra. Especifique:	

NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL						
Nombre y apellidos del integrante del Comité	Domicilio (Estado, municipio, localidad, calle, número, colonia, código postal)	Sexo* (H /M)	Edad	Cargo en el Comité (Coordinador o Vocal)	Teléfono y correo electrónico	Firma o Huella Digital (acepto el cargo)

Nombre y firma del Coordinador del Comité de Contraloría Social
Nombre completo y firma del Servidor Público representante de la Instancia Ejecutora

**Notas:**

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Servidor Público que le informaron a usted, es el encargado de recopilar la información, para su captura en el SICS.