|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anexo 5****ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL** **COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2021****PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA ORGANISMOS****DESCENTRALIZADOS ESTATALES (PSODE) 2021** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Institución Educativa:** |  |
| **Ejercicio fiscal de Contraloría Social:** |  | **Ejercicio fiscal del programa:** |  |

**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:  |
| 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 de los Contralores | Cargo | CURP | Edad | Sexo (M/H) | Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Municipio, Estado) | Teléfono | Correo electrónico |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los Contralores | Cargo | CURP | Edad | Sexo (M/H) | Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Municipio, Estado) | Teléfono | Correo electrónico |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

|  |
| --- |
| **Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios del proyecto:** |
| **Contacto** | **Nombre** | **Teléfono** | **Correo electrónico** |
| Responsable del CS |  |  |  |
| Responsable del Comité de CS |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Firma del (la) Responsable de Contraloría Social*** |

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