

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR**

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

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

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro




**II. DATOS DEL APOYO O SERVICIO DEL PROGRAMA**

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:

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)	En su caso Firma o Huella Digital

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

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital

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

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo y firma del representante de la  
Instancia Ejecutora

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor

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