



ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
Del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa, PIEE.



2017	
Vigencia del período de ejecución	Fecha de registro. día/mes/año

Nombre del Comité de Contraloría Social (Anotar la clave del CCT)	Número de registro que emite el SICS (Lo llenará el enlace de contraloría social)

NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo (M/H)	Edad	Cargo

CAUSA POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
(Marque con una X)

Separación voluntaria	
Acuerdo de la mayoría de los integrantes del Comité de Contraloría Social	
Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del Programa Federal	
Fallecimiento del integrante	

Otra. Especifique

NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo (M/H)	Edad	Cargo	Firma o Huella Digital

Firma del Coordinador del Comité de Contraloría Social

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal, para su captura en el SICS.