# Acta de Sustitución de un Integrante del Comité de Contraloría Social
## Anexo VI

**Fecha** _____

| Nombre del comité local C.S. | Número de registro CCS | Entidad |
|---|---|---|
| | | |

Municipio:_____ Localidad: _____

## I. Domicilio del Comité Local de Contraloría Social

Indique con una X si es domicilio conocido ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Calle: | | Número: | |
| Colonia: | | Código postal: | |
| Localidad: | | Municipio: | |

## II. Indique los apoyos que recibe como los beneficiario del CONAFE

*Información que deberá corroborar el Responsable de Contraloría Social*

| Nombre del o los apoyos | Monto de los apoyos que se vigilan |
|---|---|
| En especie: Útiles escolares, material del aula, auxiliares didácticos, Económicos: Beca "acércate a tu escuela", Fortalece | $ |
| Servicios educativos: API, LEC, Promotores Educativos | |

## III. Integrante del Comité de Contraloría Social que se da de baja:

| Nombre del nuevo integrante | Cargo | Edad | Sexo | Domicilio | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IV. Causa de baja:

| | | |
|---|---|---|
| • Muerte de un integrante. | | |
| • Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del comité | | |
| • Acuerdo tomado por mayoría de votos del comité | | |
| • Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa federal de que se trate, que se presente ante el comité | | |
| • Pérdida del carácter de beneficiario (baja, renuncia voluntaria o extinción del programa federal que se trate). | | |
| • Ausencia indefinida en la comunidad. | | |
| • Otra | | ¿Cuál? |

## V. Integrante del Comité Local de Contraloría Social que sustituye al que se da de baja:

| Nombre del integrante que se da de baja | Cargo | Edad | Sexo | Domicilio | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

_____ _____

*Nombre y firma de un integrante del Comité de Contraloría Social*

*Nombre y firma del coordinador de Contraloría Social*