



**Anexo 5**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL**  
**COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD**  
**EDUCATIVA (PFCE) 2019**



<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>	UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TORREÓN		
<b>Ejercicio fiscal de Contraloría Social:</b>	2019	<b>Ejercicio fiscal del programa:</b>	2020

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

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL PFCE UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TORREÓN 2020.		12/2020

**II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:					
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA					
Dirección: CARRETERA TORREÓN-MATAMOROS S/N, EJIDO EL ÁGUILA					
Localidad:	TORREÓN	Municipio:	TORREÓN	Estado:	COAHUILA
Monto de la obra o apoyo:	\$1'560,554.00	Período de apoyo:	2019-2020		

**III. CAMBIOS**

**DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

Nombre	Cargo	CURP	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma

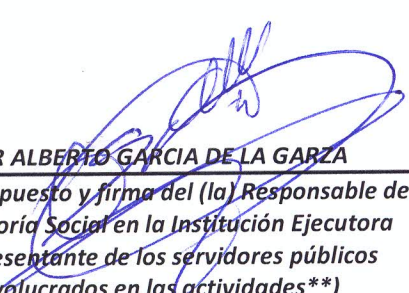
**SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

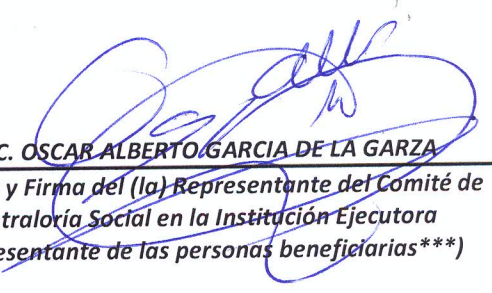
**DATOS DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

Nombre	Cargo	CURP	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma

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

  
**M.C. OSCAR ALBERTO GARCIA DE LA GARZA**  
Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de  
Contraloría Social en la Institución Ejecutora  
(Representante de los servidores públicos  
involucrados en las actividades\*\*)

firmas

  
**M.C. OSCAR ALBERTO GARCIA DE LA GARZA**  
Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de  
Contraloría Social en la Institución Ejecutora  
(Representante de las personas beneficiarias\*\*\*)

<b>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</b>			
<b>Contacto</b>	<b>Nombre de Contacto</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</b>	<b>MC. OSCAR ALBERTO GARCIA DE LA GARZA</b>	<b>8717297400</b>	<b>ogarcia@utt.edu.mx</b>
<b>Representante de las personas beneficiarias***</b>	<b>MC. OSCAR ALBERTO GARCIA DE LA GARZA</b>	<b>8717297400</b>	<b>ogarcia@utt.edu.mx</b>

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