



**Anexo 5**  
**Contraloría Social 2019**  
**Programa para el Desarrollo Profesional**  
**Docente (PRODEP) 2018**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN**  
**INTEGRANTE DE COMITÉ**



|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre de la Institución Educativa:</b> |  |
|--|--|

**EJERCICIO FISCAL VIGILADO**

**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:<br>Periodo de ejecución del apoyo: _____ |
| Ubicación o Dirección:<br>Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____                                   |
| Monto de la obra: _____   |

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

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

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

| Nombre | 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)

**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, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Educativa***

---

***Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Educativa***

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