



**Anexo 5**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE**  
**CONTRALORÍA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN**  
**INSTITUCIONES EDUCATIVAS (PROFOCIE) 2014**

**Nombre de la Institución Educativa:** \_\_\_\_\_

**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:

--

Ubicación o Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

--

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

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

**DATOS 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**

<input type="checkbox"/> Muerte del integrante	<input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado)
<input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)	<input type="checkbox"/> Pérdida del carácter de beneficiario del programa
<input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)	<input type="checkbox"/> 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*

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