

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

I. DATOS GENERAL DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro												
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> </tr> </table> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table> </div>			Día	Mes					Año			
Día	Mes													
Año														

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:

Monto de la obra, apoyo o servicio:

NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre	Dirección (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Género	Edad	Correo electrónico y teléfono	Firma o Huella Digital
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			

SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

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

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

Nombre	Dirección (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Género	Edad	Correo electrónico y teléfono	Firma o Huella Digital
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H			

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

Nombre, Cargo y Firma del Representante Federal

Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor

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