

Programa de Atención a Personas con Discapacidad
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
I. Datos Generales

Número de Registro		Fecha de llenado	___/___/___
Nombre del Comité de Contraloría Social			

II. Datos de la obra o acción del programa

Nombre del proyecto:					
Ubicación o Dirección:					
Localidad:		Municipio:		Estado:	
Monto del proyecto:	\$				
Fechas de Inicio y Terminación del proyecto:		del ___/___/___ al ___/___/___			

III. Nombre del integrante que causa baja del Comité de Contraloría Social

Nombre de los Contralores Sociales:	Dirección: (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Edad	Firma o Huella Digital

IV. Situación por la cual pierde la calidad de integrante del Comité de Contraloría Social

Situación	Detalle
Fallecimiento del Integrante	Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del PAPCD (Se anexa listado)
Separación voluntaria, mediante escrito libre a miembros del CCS (Se anexa escrito)	Pérdida de carácter de beneficiario del PAPCD
Acuerdo del CCS por mayoría de votos (Se anexa listado)	Otra. Especifique

V. Nombre del nuevo integrante del Comité de Contraloría Social

Nombre de los Contralores Sociales:	Dirección: (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Edad	Firma o Huella Digital

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

 Nombre, Cargo y Firma del servidor público que recibe la solicitud

 Nombre y Firma del beneficiario integrante del Comité

 Número y Tipo de Identificación Oficial

 RFC