



**Anexo 3 - Acta de sustitución de un integrante del Comité de Contraloría Social**

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

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registros	Fecha de registro

**II.DATOS DE APOYOS DEL PROGRAMA**

Nombre y descripción de la obra o del apoyo que se recibe:
Dirección : _____ Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Monto de la obra: _____

**III. DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL A SUSTITUIR**

DATOS	Firma o Huella Digital
<b>Nombre:</b> <i>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno,</i> <b>Sexo:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>CURP:</b> _____ <b>Domicilio:</b> <i>(calle, número, colonia, C.P.)</i> <b>Teléfono:</b> _____ <b>Cargo que fungía dentro del Comité:</b> _____	



**IV. SITUACIÓN POR LA QUE PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL**

Marque con una X la situación por la que pierde calidad de integrante del CCS

Marcar	Situación
	Muerte del integrante
	Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)
	Acuerdos del comité por mayoría de votos(se anexa listado)
	Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa(se anexa listado)
	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
	Otra. Especificar

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

DATOS	Firma o Huella Digital
<b>Nombre:</b> <u>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno.</u> <b>Sexo:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>CURP:</b> _____ <b>Domicilio:</b> <u>(calle, número, colonia, C.P.)</u> <b>Teléfono:</b> _____ <b>Cargo que fungirá dentro del Comité:</b> _____	

**VI. LISTA CON NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES Y ASISTENTES A LA SUSTITUCIÓN DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ**

No.	Nombre	Firma o Huella Digital

**INSTANCIA EJECUTORA**



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

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

**I. DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

El apoyo que recibe del programa es:

Proyecto \_\_\_\_\_ Capacitación \_\_\_\_\_

Nombre del Programa Social que recibe: \_\_\_\_\_

Dependencia que lo proporciona: \_\_\_\_\_

**II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registros	Fecha de registro

**III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA**

Empty box for writing the question or information points requested about the program.



**IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGA UN SELLO.**

**V.VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. \_\_\_\_\_.**

**INSTANCIA EJECUTORA**

\_\_\_\_\_