

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 Terminó 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