

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Anexo No.

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: _____

Monto de la obra: _____

NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombres de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	En su caso Firma o Huella Digital

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

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

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

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital

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

**Nombre, Cargo y firma del representante de la
 Instancia Ejecutora**

Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor

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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Anexo No.

RESPONSABLE DEL LLENADO

(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre:	_____		
Dirección	_____		
Estado:	_____	Municipio:	_____
Localidad:	_____		
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input checked="" type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa social que recibe:	Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad		
Dependencia que lo proporciona:	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia		

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

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

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

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 PONGAN UN SELLO.

V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. _____.

Nombre y firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información

PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD
SUBPROGRAMA DE APOYOS A PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD

CONSTITUCIÓN DE COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL
(Escrito libre)