**Anexo V**

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD**

**SUBPROGRAMA DE APOYOS A PERSONAS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** | |
|  |  |
| **Número de Registro del CCS** | **Fecha de Registro** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ubicación o Dirección: | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Localidad: |  | | | Municipio: |  | Estado: |  |
| Monto de la obra: | |  | | |  |  |  |

1. **EL TIPO DE APOYO QUE RECIBIO CONSISTIO EN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Marque con una X el cuadro que corresponda: | | |
|  | Apoyos para Acogimiento Residencial Temporal | Recibir Atención Integral (Acogimiento Residencial Temporal, Atención Médica y Nutricional de acuerdo a las necesidades médicas y de alimentación de cada beneficiario), a personas en estado de vulnerabilidad. |
|  | Apoyos Directo Económico Temporal | Recibir una aportación económica mensual de $2,500.00 destinada a una persona beneficiaria. |
|  | Apoyos Directo en Especie | Recibir un bien o pago de servicios vinculados principalmente con problemas de salud y carencias sociales. |

1. **NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre(s) de los Contralores Sociales** | **Dirección**  **(Calle, Número, Localidad, Municipio)** | **Firma o Huella Digital** |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Marque con una X el cuadro que corresponda: | | | | |
|  | 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 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre(s) de los Contralores Sociales | Dirección  (Calle, Número, Localidad, Municipio) | Firma o Huella Digital |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***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