**ANEXO VII**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

EJERCICIO FISCAL: 2023

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ**

|  |
| --- |
| **Fecha de Sustitución:** |
|  |
| **Domicilio donde se constituye el Comité:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** |
|  |
| **Clave de Registro:** |
|  |

1. **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyo, obra o servicio:** |  |
| **Objetivo General:** |  |
| **Domicilio (calle, numero, colonia, Código postal):** |  |
| **Localidad:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Estado:** |  |
| **Monto de la obra, apoyo o servicio:** |  |
| **Duración de la obra, apoyo o servicio:** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono(Incluir lada):** |  |
| **Domicilio** | |
| **Calle:** |  |
| **Número:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma:** |  |
| **Edad:** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono(Incluir lada):** |  |
| **Domicilio** | |
| **Calle:** |  |
| **Número:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma:** |  |
| **Edad:** |  |

**MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 y firma del Servidor público que emite la constancia de registro:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

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

***Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.***

***Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.***

***"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".***