



**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA
SOCIAL
APOYO ECONOMICO A LOS PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL 2019**

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

II. DATOS DE APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:

Apoyo Económico para alumnos que concluyeron el Servicio Social

Ubicación o Dirección: _____

Delegación: _____

**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

Nombres de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	En su caso Firma o Huella Digital
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Muerte del integrante

Pérdida del carácter de beneficiario del
programa

Separación voluntaria, mediante escrito libre a
los miembros del Comité (se anexa el escrito)

Otra. Especifique

Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se
anexa listado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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 Representante del
Comité*

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



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

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 type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
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 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 SU ACUSE.

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