



PROGRAMA DE MEJORAMIENTO URBANO / MEJORAMIENTO INTEGRAL DE BARRIOS

Esta acta de sustitución se adjunta al formato “Acta Constitutiva del Comité de Contraloría Social o figura análoga” original (Anexo 2).

Fecha:

En la Localidad de _____ perteneciente al Municipio de _____ en el Estado de _____ se levanta la presente acta con el objeto de sustituir al (los) integrante(s) del Comité de Contraloría Social o figura análoga.

I. Datos generales del Comité de Contraloría o figura análoga

Nombre del Comité o figura análoga:

II. Datos del integrante del Comité de Contraloría Social o figura análoga a sustituir

Nombre:

Cargo: Sexo: Edad:

III. Situación por la cual pierde la calidad de integrante del Comité de Contraloría Social o figura análoga (Marque la opción con una X)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muerte del integrante | <input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del Programa. |
| <input type="checkbox"/> Separación voluntaria. | <input type="checkbox"/> Pérdida del carácter de beneficiario del Programa. |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité por mayoría de votos | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="text"/> |

IV. Datos del nuevo integrante del Comité de Contraloría Social o figura análoga

Nombre:

Dirección:

Sexo: Edad: Teléfono y Correo:

Cargo: Firma:



Por la Instancia Solicitante o Representante

| |
|----------------------------------|
| Firma |
| Nombre |
| Cargo |
| Teléfono y Correo Electrónico |

Integrantes del Comité o figura análoga

| No. | Nombre del beneficiario Nombre (s), Apellido paterno, Apellido Materno | Firma |
|-----|---|-------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

NOTA:

- Anexar copia de identificación oficial del nuevo integrante del Comité o figura análoga.
- Este formato deberá venir firmado por todos los participantes al margen o al calce en todas sus fojas.