



Anexo 3 - Acta de sustitución de un integrante del Comité de Contraloría Social

I.DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registros	Fecha de registro

II.DATOS DE APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del apoyo que se recibe:
Dirección : _____ Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Monto de la obra: _____

III. DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL A SUSTITUIR

DATOS	Firma o Huella Digital
Nombre: <i>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno,</i> Sexo: _____ Edad: _____ CURP: _____ Domicilio: <i>(calle, número, colonia, C.P.)</i> Teléfono: _____ Cargo que fungía dentro del Comité: _____	

IV. SITUACIÓN POR LA QUE PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL



Marque con una X la situación por la que pierde calidad de integrante del CCS

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

V. DATOS DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR

DATOS	Firma o Huella Digital
Nombre: <u>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno,</u> Sexo: _____ Edad: _____ CURP: _____ Domicilio: <u>(calle, número, colonia, C.P.)</u> Teléfono: _____ Cargo que fungirá dentro del Comité: _____	

VI. LISTA CON NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES Y ASISTENTES A LA SUSTITUCIÓN DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ

No.	Nombre	Firma o Huella Digital

INSTANCIA EJECUTORA

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



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Dirección: _____

Estado _____ Municipio _____

Localidad: _____

El apoyo que recibe del programa es:

Proyecto _____ Capacitación _____

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 registros	Fecha de registro

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



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



FUNCIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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 PONGA UN SELLO.

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

INSTANCIA EJECUTORA
