**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN**

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE**

**CONTRALORÍA SOCIAL**

**PRODEP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año fiscal 2020 |  **Fecha de registro** |  |
| **Vigencia del período de ejecución** | **día/mes/año** |

**NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **CURP** | **Sexo****(M/H)** | **Edad** | **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**CAUSA POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** (Marque con una X)

|  |  |
| --- | --- |
| Muerte del integrante |  |
| Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité |  |
| Acuerdo del Comité tomado por la mayoría de los votos |  |
| Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa federal de que se trate (PRODEP) |  |
| Pérdida del carácter de beneficiario |  |

**Otra. Especifique**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **CURP** | **Sexo****(M/H)** | **Edad**  | **Cargo** | **Firma o Huella Digital** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Firma del Coordinador del Comité de Contraloría Social** |

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al

Enlace Estatal, para su captura en el SICS.