



ANEXO 3

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE
CONTRALORÍA SOCIAL**

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité o Nombre del beneficiario
constituido en Comité de Contraloría Social

Número de registro

Ejercicio fiscal del apoyo:

Fecha de registro:

II. DATOS DEL APOYO DEL PROGRAMA

Nombre y descripción del apoyo que se recibe:

Ubicación o Dirección:

Estado:

Municipio:

Polígono:

Localidad:

Monto del apoyo:

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

| Nombre 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**

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muerte del integrante | <input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
| <input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito a los miembros del Comité (se anexa escrito) | <input type="checkbox"/> Pérdida del carácter del beneficiario del programa |
| <input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado) | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique |

**NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

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

(Adjuntar la lista con el nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

Nombre, Cargo y Firma del representante del INSUS

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