



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

Año fiscal 2020
<b>Vigencia del período de ejecución</b>

Fecha de registro

<b>día/mes/año</b>

**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	<input type="checkbox"/>
Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité	<input type="checkbox"/>
Acuerdo del Comité tomado por la mayoría de los votos	<input type="checkbox"/>
Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa federal de que se trate (PRODEP)	<input type="checkbox"/>
Pérdida del carácter de beneficiario	<input type="checkbox"/>

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.

