



**ANEXO VII**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**EJERCICIO FISCAL: 2025**

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Fecha de constitución:	día/mes/año
Nombre del Comité de Contraloría Social:	
Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa	
<b>Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir</b>	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	

<b>Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir</b>	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	



**Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir**

Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	

**Señale el motivo de sustitución**

Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a los miembros del Comité (se anexa escrito)	Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del programa (se anexa minuta)
Muerte de la persona integrante	Pérdida del carácter de persona beneficiaria del programa
Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (se anexa minuta)	Otra (Especifique)

**Datos de la persona servidora pública que apoya  
en el proceso de sustitución del Comité**

Nombre, cargo y firma

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.*

*Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*

*"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".*