**ANEXO 2**

**S295 Programa Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE)**

EJERCICIO FISCAL 2023

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:**

|  |
| --- |
| **Fecha de Sustitución** |
|  |
| **Domicilio donde se constituye el Comité (Estado, municipio, localidad, colonia, calle, número y código postal):** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** |
|  |
| **Clave de Registro** |
|  |

1. **DATOS DEL APOYO DEL PFSEE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyo:** |  |
| **Objetivo General:** |  |
| **Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)** |  |
| **Localidad:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Estado:** |  |
| **Monto del apoyo:** |  |
| **Duración del apoyo:** |  |
| **Especificar el apoyo:** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono (Incluir lada)** |  |
| **Domicilio:** | |
| **Calle:** |  |
| **Numero:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono (Incluir lada)** |  |
| **Domicilio:** | |
| **Calle:** |  |
| **Numero:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma** |  |

1. **MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia de registro**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cargo del servidor público**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono y Correo electrónico**

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

**(Agregar aviso de privacidad de cada instancia ejecutora**