**ANEXO 2**

PROGRAMA ATENCIÓN DE PLANTELES FEDERALES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR CON ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD (PAPFEMS)

EJERCICIO FISCAL 2023

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

|  |
| --- |
| **Fecha de Sustitución** |
|   |
| **Domicilio donde se constituye el Comité:**  |
|   |

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

1. **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyo, obra o servicio:**  |  |
| **Objetivo General:**  |   |
| **Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)** |   |
| **Localidad:** |   |
| **Municipio:** |   |
| **Estado:** |   |
| **Monto de la obra, apoyo o servicio:** |   |
| **Duración de la obra, apoyo o servicio**  |   |

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**  |  |

**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:

Correo:

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

**(Agregar aviso de privacidad)**