ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

**NOMBRE DEL PROGRAMA: ATENCIÓN DE PLANTELES PÚBLICOS DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR CON ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD (PAPPEMS)**

**EJERCICIO FISCAL: 2025**

Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa

|  |
| --- |
| **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:** |  |

|  |
| --- |
| **Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)** |
| **Nombre completo:** |  Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| **Sexo:** |   Hombre / Mujer |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **Correo electrónico:** |   |
| **Teléfono (incluir lada):** |   |
| **Firma:** |  |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social:**  |
|  |
| **Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa** |
|   |

**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:** |
| **Firma**  |

**(*Agregar aviso de privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los Datos del presente formato*).**