

**ANEXO 2**

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

EJERCICIO FISCAL 2023

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

<b>Fecha de Sustitución</b>
<b>Domicilio donde se constituye el Comité (Estado, municipio, localidad, colonia, calle, número y código postal):</b>

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social</b>
<b>Clave de Registro</b>

**1) DATOS DEL APOYO DEL PFSEE**

<b>Apoyo:</b>	
<b>Objetivo General:</b>	
<b>Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)</b>	
<b>Localidad:</b>	
<b>Municipio:</b>	
<b>Estado:</b>	
<b>Monto del apoyo:</b>	
<b>Duración del apoyo:</b>	
<b>Especificar el apoyo:</b>	

## 2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

<b>Nombre completo:</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>CURP:</b>	
<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Teléfono (Incluir lada)</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Calle:</b>	
<b>Numero:</b>	
<b>Colonia:</b>	
<b>CP:</b>	
<b>Firma</b>	

## 3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO

<b>Nombre completo:</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>CURP:</b>	
<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Teléfono (Incluir lada)</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Calle:</b>	
<b>Numero:</b>	
<b>Colonia:</b>	
<b>CP:</b>	
<b>Firma</b>	

**4) 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)**