

**ANEXO 2**

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR.

EJERCICIO FISCAL 2023

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

<b>Fecha de Sustitución</b>
<b>Domicilio donde se constituye el Comité:</b>

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

• **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

<b>Apoyo, obra o servicio:</b>	
<b>Objetivo General:</b>	
<b>Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)</b>	
<b>Localidad:</b>	
<b>Municipio:</b>	
<b>Estado:</b>	
<b>Monto de la obra, apoyo o servicio:</b>	
<b>Duración de la obra, apoyo o servicio</b>	

- **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>	

- **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>	

**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)**