

**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ  
"SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"  
EJERCICIO FISCAL: 2024**

Fecha de sustitución: 06/11/2024

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>
COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE TORREÓN
<b>Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa</b>

**SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir	
<b>Nombre completo:</b>	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
<b>Sexo:</b>	Hombre / Mujer
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono (incluirla):</b>	
<b>Firma:</b>	

Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)	
<b>Nombre completo:</b>	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
<b>Sexo:</b>	Hombre / Mujer
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono (incluirla):</b>	
<b>Firma:</b>	

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)
--	--------------------

<b>Datos de la persona servidora pública que apoya en el proceso de sustitución del Comité</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Firma</b>	

*[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]*

*[Handwritten signature at the bottom right]*