

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

Fecha de sustitución: 06/11/2024

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

SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:

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 (incluirla):	
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 (incluirla):	
Firma:	

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	

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