



ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

NOMBRE DEL PROGRAMA: U079 "EXPANSIÓN DE LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR" (TIPO SUPERIOR)

EJERCICIO FISCAL: 2025

Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa

Nombre del Comité de Contraloría Social:

Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa

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:	

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).**