



ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

NOMBRE DEL PROGRAMA: **E010 PROGRAMA DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y POSGRADO**

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



TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO®



**Contralores
Sociales**
Guardianes del gasto público

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

Aviso de privacidad:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328462/Proyecto_Aviso_Privacidad_TecNM_16052018.pdf