



**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ**

**NOMBRE DEL PROGRAMA:** PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR.

**EJERCICIO FISCAL:** 2024

**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**

<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 (incluir lada):</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 (incluir lada):</b>	
<b>Firma:</b>	

**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).**