



Anexo 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO URBANO / MEJORAMIENTO INTEGRAL DE BARRIOS
Ejercicio Fiscal 2024

Fecha de sustitución: / /

| |
|---|
| Nombre del Comité de Contraloría Social |
| |

| |
|---|
| Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa |
| |

| Integrantes del Comité de Contraloría Social a Sustituir | |
|--|-------------------------------|
| Nombre completo: | |
| Sexo: | Hombre Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (Incluir lada): | |
| Firma: | |

| Integrante del Comité de Contraloría Social Nuevo | |
|---|-------------------------------|
| Nombre completo: | |
| Sexo: | Hombre Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (Incluir lada): | |
| Firma: | |





SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN (MARQUE LA OPCIÓN CON UNA X)

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Separación voluntaria, mediante escrito a los miembros del Comité (se anexa el escrito) | <input type="checkbox"/> | Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del Programa (se anexa listado de beneficiarios) |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado de integrantes del Comité) | <input type="checkbox"/> | Pérdida del carácter de beneficiario del Programa |
| <input type="checkbox"/> | Muerte del integrante | <input type="checkbox"/> | Otra (especifique) _____ |

DATOS DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE APOYA EL PROCESO DE SUSTITUCIÓN DEL COMITÉ

| Datos de la persona servidora pública que apoya en el proceso de sustitución del Comité | |
|---|--|
| Nombre completo: | |
| Cargo: | |
| Firma: | |

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social. Se agrega el o los avisos de privacidad del o los nuevos integrantes.

