

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

**"SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"**

**EJERCICIO FISCAL: 2024**

**Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa**

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>
<b>Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa</b>

<b>Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir</b>	
<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 (incluida):</b>	
<b>Firma:</b>	
<b>Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)</b>	
<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 (incluida):</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**

**Aviso de privacidad:**

No se omite mencionar que el presente formato puede incluir información considerada como confidencial, en términos de lo dispuesto por el artículo 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, por lo que la misma no debe ser divulgada, salvo las excepciones previstas en la norma jurídica aplicable, de tal manera, que el uso o difusión de dicha información queda bajo la más estricta responsabilidad de quienes conozcan y den seguimiento al presente.