

**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ
“SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES”**

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 | |
|---|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluirl 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 (incluirl 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 |

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.