

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 (incluirla):	
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 (incluirla):	
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.