**ANEXO 2**

PROGRAMA DE ABASTO RURAL DE DICONSA S.A. DE C.V.:

EJERCICIO FISCAL 2023

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:**

|  |
| --- |
| **Fecha de Sustitución** |
|  |
| **Domicilio donde se constituye el Comité:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** |
|  |
| **Clave de Registro** |
|  |

1. **DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoyo, obra o servicio:** |  |
| **Objetivo General:** |  |
| **Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)** |  |
| **Localidad:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Estado:** |  |
| **Monto de la obra, apoyo o servicio:** |  |
| **Duración de la obra, apoyo o servicio** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono (Incluir lada)** |  |
| **Domicilio:** | |
| **Calle:** |  |
| **Numero:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma** |  |

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
| **Sexo** |  |
| **Edad:** |  |
| **Cargo del integrante:** |  |
| **CURP:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Teléfono(Incluir lada)** |  |
| **Domicilio:** | |
| **Calle:** |  |
| **Numero:** |  |
| **Colonia:** |  |
| **CP:** |  |
| **Firma** |  |

**MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Muerte del integrante |  | Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
|  |  |  |
| Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito) |  | Pérdida del carácter de beneficiario del programa |
|  |  |  |
| Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado) |  | Otra. Especifique |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia de registro:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social

**AVISO DE PRIVACIDAD**

La Dirección de Operaciones de Diconsa, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?**

Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finalidad** | **¿Requieren consentimiento del titular?** | |
| **NO** | **SI** |
| Recabar información sobre los integrantes del Comité de Contraloría Social | X |  |

**¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?**

Le informamos que realizamos las siguientes transferencias para las cuales requerimos de su consentimiento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |

Si no desea que sus datos personales se transfieran a los destinatarios y para las finalidades antes señaladas, podrá manifestarlo a continuación:

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los siguientes casos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** | **No se otorga consentimiento** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |  |

En caso de que consienta las siguientes transferencias, dado que para las mismas requerimos su consentimiento expreso, le solicitamos que lo manifieste a continuación:

Consiento que mis datos personales sean transferidos en los siguientes casos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** | **Otorgo consentimiento** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |  |

Nombre y firma del titular:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en: <https://www.gob.mx/diconsa/acciones-y-programas/contraloria-social-en-el-programa-de-abasto-rural>

Última actualización: 24/04/2023