**Anexo 1**

**ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL(1)**

**EJERCICIO FISCAL 2017**

La elección de los integrantes del Comité de Contraloría Social, se realizó por mayoría de votos (se anexa listado)”, para dar constancia a la elección por mayoría de votos.

**I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro |  | Fecha de registro |
| Comité de Contraloría Social del Programa Nacional de Becas: Becas Institucionales del CETI en el Plantel (nombre del Plantel y circunscripción) |  |  |  |  |

**NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y dirección de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio) | Sexo (M/H) | Edad | Cargo | Firma o Huella Digital |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la constitución del Comité, así como copia del dictamen de beneficiarios)

¿Se promovió que la integración del Comité fuera de manera equitativa entre mujeres y hombres?

SI [ ] NO [ ]

**II. DATOS APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe:  |
| Ubicación o Dirección: |  |
| Localidad: |  | Municipio: |  | Estado: |  |
| Monto de la obra, apoyo o servicio: |  | Duración de la obra, apoyo o servicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |  |  |

**II. FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Funciones:** |
| **Compromisos:** |
| **Instrumentos:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre, Cargo y firma del representante de la Instancia Ejecutora*** |  | ***Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor*** |
|  |  |  |

**IV. ESCRITO POR EL QUE EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL DEL PLANTEL CETI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SOLICITA SU REGISTRO ANTE EL PROGRAMA EN EL SISTEMA INFORMÁTICO DE CONTRALORÍA SOCIAL DE LA SFP.**

**Los integrantes del comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las acciones de contraloría social durante la vigencia 2017, para lo cual utilizaremos los instrumentos proporcionados por el Programa, por lo que solicitamos el registro oficial del comité en el Sistema Informático de Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública.**

**Anexo 2**

**MINUTA DE REUNIÓN**

**DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPENDENCIAS |  | COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL |
|  |  |  |

**DATOS DE LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lugar físico |  |  |  |
| Estado: |  |  | Fecha:  |  |
| Municipio: |  |  |  |  |
| Localidad: |  |  |  |  |
|  | Dependencia que ejecuta el programa: |  |
|  | Nombre del Programa: |  |
|  | Tipo de apoyo: |  |

Descripción del apoyo:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivo de la reunión:** |  |

**PROGRAMA DE LA REUNIÓN.**

|  |
| --- |
|  |

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN**

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité

|  |
| --- |
|  |

1. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité.

|  |
| --- |
|  |

1. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité.

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántas recibió en forma escrita?** | **Escribir a qué se refieren** |
| Denuncias |  |  |
| Quejas |  |  |
| Peticiones |  |  |

**ACUERDOS Y COMPROMISOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES  | FECHA  | RESPONSABLE  |
|  |  |  |

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia/Comité  | Nombre  | Cargo | Correo electrónico | Firma  |
| Representante Federal  |  |  |  |  |
| Comité de Contraloría Social |  |  |  |  |
| Beneficiario  |  |  |  |  |
| En su caso, Dependencias ejecutoras (Dependencias estatales o municipales) |  |  |  |  |

**Anexo 3**

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro |  | Fecha de registro |
|  |  |  |  |  |

**II. DATOS DE APOYOS DEL PROGRAMA**

|  |
| --- |
| Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:  |
| Ubicación o Dirección: |  |
| Localidad: |  | Municipio: |  | Estado: |  |
| Monto de la obra: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

 **A SUSTITUIR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio) | En su caso Firma o Huella Digital |
|  |  |

**SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

 **QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio) | Firma o Huella Digital |
|  |  |

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre, Cargo y firma del representante de la Instancia Ejecutora*** |  | ***Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor*** |

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

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

**Anexo 4**

**RESPONSABLE DEL LLENADO**

**(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)**

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre:  |  |
| Dirección  |  |
| Estado: |  |  | Municipio: |  |
| Localidad: |  |
|  |  |
| El apoyo que recibe del programa es:  |  | Obra |  | Apoyo |  | Servicios |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del programa social que recibe :  |  |
| Dependencia que lo proporciona: |  |
|  |  |  |  |  |

1. **SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro |  | Fecha de registro |
|  |  |  |  |  |

1. **ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA.**

|  |
| --- |
|  |

1. **CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.**
2. **VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nombre y firma o huella digital del que solicita la información*** |  | ***Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información***  |

**ANEXO 7**

**FORMATO DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS**

**EJERCICIO FISCAL 2017**

|  |
| --- |
|  |
| Fecha de Presentación: |
| Plantel: |
| Folio: (a llenar por la instancia que recibe el documento) |
| Contraloría Social del Programa Nacional de Becas-Becas Institucionales del CETI 2017 (en caso de ser integrante del Comité) |
| **UBICACIÓN:** |
| Dirección: |
| Localidad: |
| Municipio: |
| Estado: |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROMOVENTE:** |
| Nombre completo: |
| Sexo: |
| Edad: |
| Grado Escolar: |
| Teléfono y correo electrónico: |
| Marque con una X si es: Integrante de Comité  |  | Beneficiario |  |  |
|  |  |

**DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O DENUNCIA. SI LA QUEJA O DENUNCIA ES DE UN SERVIDOR PÚBLICO, ANOTAR NOMBRE, DEPENDENCIA O PLANTEL Y CARGO**

|  |
| --- |
|  |