



CONTRALORÍA SOCIAL
S243 Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios



Anexo 1

ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL⁽¹⁾
EJERCICIO FISCAL 2020

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 constitución
Comité de Contraloría Social del Programa Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios en el 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)	CURP	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)

Hacemos constar que se promovió que la integración del Comité de Contraloría Social fuera de manera equitativa entre hombres y mujeres.

¿La integración del Comité fuera de manera equitativa entre mujeres y hombres?

SI [] NO [] ¿Por qué? _____

II. DATOS APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe: Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios, consistente en recibir la cantidad de \$
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:



CONTRALORÍA SOCIAL
S243 Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios



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 2020, 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 y asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro.

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

--

2. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité.

--

3. 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 y teléfono.	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**

<input type="checkbox"/> Muerte del integrante	<input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado)
<input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)	<input type="checkbox"/> Pérdida del carácter de beneficiario del programa
<input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)	<input type="checkbox"/> 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



CONTRALORÍA SOCIAL
S243 Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Anexo 4

RESPONSABLE DEL LLENADO

(Integrante del Comité de Contraloría Social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre:	_____		
Dirección	_____		
Estado:	_____	Municipio:	_____
Localidad:	_____		
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa social que recibe :	Becas de apoyo para el Ingreso y Continuación de Estudios		
Dependencia que lo proporciona:	Centro de Enseñanza Técnica Industrial		

II. 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

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

IV. 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.

V. 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

