



Fecha de ejecución del beneficio:

Integrantes del Comité de Contraloría Social	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluida):	
Firma:	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluida):	
Firma:	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluida):	
Firma:	

**LOS COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA PODRÁN REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:**

I. Solicitar a la Instancia Normativa, Oficina de Representación Federal o a las instancias ejecutoras la información pública relacionada con la operación del programa federal;

II. Vigilar que:

a) Se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal.

b) El ejercicio de los recursos públicos para los beneficios otorgados por el programa federal sea oportuno, transparente, observante de las reglas de operación y, en su caso, de la normativa aplicable.

- c) Las personas beneficiarias del programa federal cumplan con los requisitos de acuerdo con la normativa aplicable.
- d) Se cumpla con los periodos de ejecución y entrega de los beneficios.
- e) Exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de los beneficios.
- f) El programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de promoción personal, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal.
- g) El programa federal se ejecute en un marco de igualdad entre mujeres y hombres.
- h) Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal.

III. Elaborar informes de los resultados de las actividades de operación de la contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos, y

IV. Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales, recabar la información de estas y canalizarlas a las autoridades competentes para su atención.

**MECANISMOS E INSTRUMENTOS QUE UTILIZARÁ PARA EL EJERCICIO DE SUS ACTIVIDADES:**

(Describir los mecanismos e instrumentos que utilizará para el ejercicio de sus actividades)

**DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITA LA CALIDAD DE BENEFICIARIO:**

(Describir la documentación que acredita la calidad de Beneficiario)

<b>Datos de la persona servidora pública que apoya en la constitución del Comité</b>
<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b>
<b>Firma</b>

ESCRITO POR EL QUE EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL SOLICITA SU REGISTRO ANTE EL PROGRAMA

Los Integrantes del Comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las actividades de contraloría social durante el ejercicio fiscal \_\_\_\_\_, por lo que asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro conforme a lo dispuesto en el artículo 70 del reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.

(Agregar aviso de privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los Datos del presente formato).

**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ**

**NOMBRE DEL PROGRAMA:**

**EJERCICIO FISCAL:**

**Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa**

Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir	
<b>Nombre completo:</b>	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
<b>Sexo:</b>	Hombre / Mujer
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono (incluida):</b>	
<b>Firma:</b>	
<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>	
<b>Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa</b>	

**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)

<b>Datos de la persona servidora pública que apoya en el proceso de sustitución del Comité</b>
<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b>
<b>Firma</b>

**Aviso de privacidad:**

**No se omite mencionar que el presente formato puede incluir información considerada como confidencial, en términos**

<b>Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)</b>	
<b>Nombre completo:</b>	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
<b>Sexo:</b>	Hombre / Mujer
<b>Edad:</b>	
<b>Cargo del integrante:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono (incluida):</b>	
<b>Firma:</b>	

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.