

SOLICITUD DE REGISTRO DE COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Escrito libre) El comité, de conformidad acepta como escrito libre, el presente formato, para solicitar su registro como Comité de Contraloría Social ante el Programa

Fecha de Constitución: _____

NOMBRE DEL PROGRAMA	EJERCICIO FISCAL

Representación	Domicilio legal del Comité
Estado: Municipio: Localidad:	

Datos de identificación 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

Nombres de los beneficiarios que solicitan el registro como Comité de Contraloría Social (Se anexa lista de Asistencia)

La elección del comité de contraloría Social se da por mayoría de votos de los asistentes a la reunión.

Se promovió la integración del comité de contraloría social de manera equitativa entre hombres y mujeres.

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

ACTA DE REGISTRO 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

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL ELEGIDOS POR MAYORÍA DE VOTOS

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)

II. DATOS DE LA OBRA O 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, _____ Duración de la obra, apoyo o servicio _____
apoyo o servicio: _____

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

Funciones:

Compromisos:

Nombre, Cargo y firma del representante de la
Instancia Ejecutora

Nombre, Cargo y Firma del Ejecutor

MINUTA DE REUNIÓN

DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

DEPENDENCIAS	COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

DATOS DE LA REUNIÓN

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

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 LA OBRA O 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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

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 :	_____		
Dependencia que lo proporciona:	_____		

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