



**Universidad
Intercultural
Indígena
de Michoacán**



1a REUNIÓN DE TRABAJO EN LÍNEA

CON CORDINADORES DE LOS DISTINTOS PROYECTOS DE CONSOLIDACIÓN

Programa para el Desarrollo Profesional Docente, del tipo

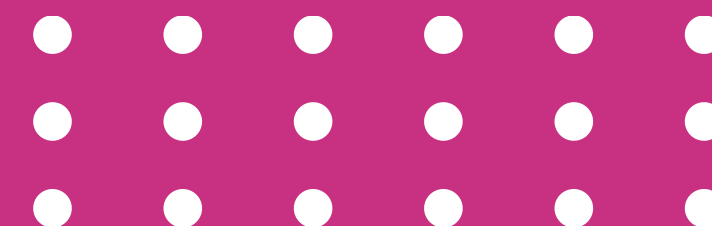
Superior

2024

OCTUBRE 2024

Formatos de apoyo para la conformación y operación del Comité de CS

Acta de constitución del Comité de Contraloría Social Anexo 1	Es obligatorio llenarlo una vez constituido el Comité, identifica a los integrantes del mismo, los apoyos que vigila, así como las funciones y compromisos que realizará el Comité.
Acta de Sustitución de Integrante(s) del Comité de Contraloría Social Anexo 2	Se levanta cuando un integrante de Comité se da de baja
Minuta de Reunión del Comité de Contraloría Social Anexo 3	Se debe registrar cada reunión efectuada tanto de la Institución Educativa con el Comité o bien del Comité con los beneficiarios.



Anexo No. 1 Acta de constitución del Comité de Contraloría Social

ANEXO 1: ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL / ESCRITO LIBRE	
NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR.	
EJERCICIO FISCAL: 2024	
Fecha de constitución: dd/mm/aaaa	
Nombre del Comité de Contraloría Social	
Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa	
¿El Comité de Contraloría Social fue constituido en años anteriores? Sí ____ No ____	
Domicilio donde se constituye el Comité	
Entidad federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Calle:	
Número:	
Colonia:	
Código Postal:	
Datos del beneficio a vigilar	
Nombre del beneficio:	
Tipo de beneficio:	Apoyo: Obra: Servicio: Otro:
Número de personas beneficiarias:	Hombres: Mujeres: Total:
Entidad federativa:	
Municipio:	
Localidad:	

Comentarios:	
Presupuesto asignado al beneficio:	
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 (incluir lada):	
Firma:	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
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)

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

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 los 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).

CONSTANCIA DE REGISTRO DEL COMITÉ 2024 PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR S247 (PRODEP)			
ENTIDAD FEDERATIVA:		FECHA:	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:		NOMBRE DEL COMITÉ:	
CLAVE DEL COMITÉ:			
" Esta Constancia de Registro del comité fungirá como comprobante de su"			
_____ Nombre completo y firma de la o el Integrante del Comité de Contraloría Social, que recibe la constancia		_____ Nombre completo, firma y cargo de la persona Servidora Pública que emite la Constancia	

Anexo No. 2

Acta de constitución de integrante(s) del comité

	
<p>ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ</p> <p>NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR.</p> <p>EJERCICIO FISCAL: 2024</p> <p style="text-align: right;">Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa</p>	
Nombre del Comité de Contraloría Social:	
Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa	
Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	
Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	


Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	
Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)	
Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	
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)
Datos de la persona servidora pública que apoya en el proceso de sustitución del Comité	

Nombre:
Cargo:
Firma
<p>(Agregar aviso de privacidad de la Instancia Responsable del Tratamiento de los Datos del presente formato).</p>

Anexo No. 3 Minuta de reunión



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



CONTRALORÍA SOCIAL

ANEXO 3: MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

NOMBRE DEL PROGRAMA:
EJERCICIO FISCAL:

Fecha: dd/mm/aaaa

Tipo de reunión: Virtual Presencial Mixta

Lugar de la reunión:

Entidad Federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Motivo de la reunión:	

Temas tratados:

Acuerdos de la reunión:

Descripción del acuerdo	Responsable del acuerdo	Fecha compromiso

¿Se recibieron quejas o denuncias en la reunión? Sí No

¿Fue turnada a alguna autoridad? Sí No

¿A quién (es) fue turnada? ¿A quién (es) fue turnada?

Vía correspondencia a la Secretaría de la Función Pública	
Vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública	
De manera presencial en la Secretaría de la Función Pública	
Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)	
Mecanismos establecidos por el programa	
Mecanismos de los Órganos Internos de Control	
Mecanismos de los Órganos Estatales de Control	
Otro (especifique):	

Nombre de los comités de contraloría social y clave proporcionada por el Programa:

Comités de Contraloría Social participantes:

Comentarios:

Resumen de participantes

Figura participante:	Número de hombres	Número de mujeres	Total
Persona servidora pública federal			
Persona servidora pública estatal			
Persona servidora pública municipal			
Integrantes de Comité			
Personas beneficiarias			
Otra Figura			
Total			

Listas de participantes:

Personas servidoras públicas federales

Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Personas servidoras públicas estatales

Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Persona servidoras públicas municipales

Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Integrantes del Comité de Contraloría Social

Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Personas beneficiarias

Nombre	Hombre	Mujer	Firma

Otra figura

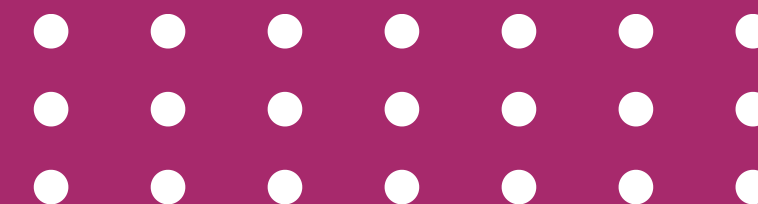
Nombre	Cargo o procedencia	Hombre	Mujer	Firma



**Universidad
Intercultural
Indígena
de Michoacán**



¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!



DR. PABLO SEBASTIÁN FELIPE

CONTRALOR SOCIAL UIIM

pablo.sebastian@uiim.edu.mx

Universidad Intercultural Indígena de Michoacán; Carretera Pátzcuaro
Erongaricuaru Kilómetro 3, Centro, 58010 Pátzcuaro, Mich.

