**Formato 3**

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, PARA EL TIPO SUPERIOR**

**ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

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

1. **DATOS DEL APOYO O SERVICIO DEL PROGRAMA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre y descripción del apoyo o servicio que se recibe: | | | |
|  | | | |
| Ubicación o Dirección de Instituto o Centro: | Localidad: | | Estado: |
|  |  | |  |
| Vigencia del Apoyo o Servicio: | | Monto a Vigilar: | |
|  | |  | |
| Comité: | | Periodo de Ejecución: | |
|  | |  | |
|  | |  | |

1. **DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA EN EL EJERCICIO FISCAL 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de beneficiario(s) | Sexo  (M/H) | Edad | Firma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (que fueron seleccionados, no importa que se repitan los nombres con los de los beneficiarios)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los Contralores Sociales | Domicilio particular de los Contralores | Sexo  (M/H) | Edad | CURP | Cargo | Firma |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (Marque con una “X” la o las Actividades que desarrollarán los comités)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Funciones:** | **Seleccione las que deseen** |
| 1. Solicitar la información pública relacionada con la operación del programa. |  |
| 1. Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal. |  |
| 1. Vigilar que el ejercicio de los recursos públicos para las obras, apoyos o servicios sea oportuno transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación. |  |
| 1. Vigilar que se difunda el padrón de beneficiarios. |  |
| 1. Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener ese carácter. |  |
| 1. Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios. |  |
| 1. Vigilar que exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios. |  |
| 1. Vigilar que el programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal. |  |
| 1. Vigilar que el programa federal no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres. |  |
| 1. Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal. |  |
| 1. Registrar en los informes los resultados de las actividades de contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos (antes cédulas). |  |
| 1. Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales. |  |
| 1. Recibir las quejas y denuncias que puedan dar lugar al financiamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas federales, así como turnarlas a las autoridades competentes para su atención. |  |

1. **MECANISMOS E INSTRUMENTOS QUE UTILIZARÁ PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (colocar cuáles serán los instrumentos o medios con lo que el comité desarrollara sus actividades, es decir, a través de correo electrónico, oficio, escrito libre, etc.)**
2. **FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y firma del Responsable de Contraloría** | **Nombre y Firma del Integrante del Comité** |