



Universidad Tecnológica  
del Suroeste de Guanajuato



CONTRALORÍA  
SOCIAL



*¡Por Siempre Liebres!*



# CONTRALORIA SOCIAL 2024 U006

## PRESENTACIÓN DE FORMATOS



**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública



Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



CONTRALORÍA SOCIAL



*¡Por Siempre Libres!*

# Acta de Constitución del comité.

**NOMBRE DEL COMITÉ:** UT, UP, UTYP seguido del resto del nombre de la universidad o sus siglas y año 2024.

**Ejemplo:** UTYP COYUCA DE BENÍTEZ2024 PRODEP

**CLAVE DEL COMITÉ:** Se les proporcionará

**DOMICILIO DONDE SE CONSTITUYE EL COMITÉ:** Datos de la ubicación de la Universidad

ANEXO 1: ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL / ESCRITO LIBRE

U006 "SUBSIDIOS PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"

EJERCICIO FISCAL: 2024

Fecha de constitución: dd/mm/aaaa

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social</b>
<b>Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa</b>

¿El Comité de Contraloría Social fue constituido en años anteriores? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Domicilio donde se constituye el Comité	
<b>Entidad federativa:</b>	
<b>Municipio:</b>	
<b>Localidad:</b>	
<b>Calle:</b>	
<b>Número:</b>	
<b>Colonia:</b>	
<b>Código Postal:</b>	



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública



Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



CONTRALORÍA SOCIAL

# Datos a Vigilar

**NOMBRE DEL BENEFICIO:** Presupuesto U006 (Nombre de la Universidad)

**TIPO DE BENEFICIO:** Apoyo

**NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS:** Matrícula septiembre-diciembre 2023, se les proporcionará, si existen diferencias mínimas pueden registrar la que tienen, de ser diferencia mayores a 20 alumnos contactar a la DGUTyP

**COMENTARIOS:** Pueden anotar si su universidad cuenta con unidades académicas, o si hay alguna precisión con la localidad, o si existe alguna observación con respecto a la matrícula. PRESUPUESTO

**ASIGNADO AL BENEFICIO:** El presupuesto a vigilar

**FECHA DE EJECUCIÓN DEL BENEFICIO:** Fecha de la primera ministración del recurso federal

**INTEGRANTES DEL COMITÉ:** Anotar los datos de cada uno de los integrantes del

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:				



Deb

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 tda):	
Firma:	

Nombre completo:	Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2
Sexo:	Hombre / Mujer
Edad:	
Cargo del Integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (Incluir tda):	
Firma:	



Educación  
Secretaría de Educación Pública

*¡Por Siempre Libres!*



Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



CONTRALORÍA SOCIAL

# Mecanismos e Instrumentos

**DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITA LA CALIDAD DE BENEFICIARIO:** Aquí se puede describir que comprobantes evidencian la calidad de beneficiario (credencial de trabajador, estudiante, profesor, vigencia de los documentos etc.).

**DATOS DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE APOYA LA CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ:** Van los datos de ustedes como Enlaces de su Universidad.

**EJERCICIO FISCAL:** 2024

**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 lo dispuesto en el artículo 70 del reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.

**Aviso de privacidad:**

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

*¡Por Siempre Libres!*



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública



Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



*¡Por Siempre Libres!*

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

**"SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"**

EJERCICIO FISCAL: 2024

Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa

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:	

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
---------------------------------	---

# ANEXO 2: Acta de sustitución de comité

Se utiliza solo cuando un integrante del comité causa baja por los siguientes motivos:

- i. Muerte del integrante;
- ii. Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a las personas que integran el comité de contraloría social;
- iii. Acuerdo del comité de contraloría social tomado por mayoría de votos, con base en razones justificadas, mismas que se asentarán en una minuta de reunión y se adjuntarán al Acta de Sustitución.
- iv. Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del programa federal de que se trate;
- v. Pérdida del carácter de beneficiario. Deberá levantar una minuta de reunión con el objetivo de hacer la sustitución del integrante y llenar este formato de Acta de sustitución





Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



# ANEXO 3: Minuta de Reunión

Este formato se llenará cada vez que se reúna el Comité de Contraloría Social, que en nuestro caso será un mínimo de cuatro ocasiones:

- Para constitución del comité
- Para tomar capacitación
- Para realizar la vigilancia del recurso
- Para llenar el informe final de CS

**En Temas tratados:** Descripción de lo que se realizó en la reunión de manera que estos temas se registrarán en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS) En

**Acuerdos de la reunión:** El comité describirá a que convenios o arreglos llegaron en la reunión con respecto a los temas tratados, también serán registrados en el Sistema SICS

ANEXO 3: MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

U006 "SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"

EJERCICIO FISCAL: 2024

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?

*¡Por Siempre Libres!*



**Educación**  
Secretaría de Educación Pública



Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato



CONTRALORÍA SOCIAL

Si se recibiera alguna queja o denuncia, seleccionar a quien fue turnada En nombre del comité y clave así como comités participantes se escribe el mismo nombre de nuestro comité

En comentarios se puede agregar precisiones que hayan surgido en la reunión

En la sección lista de participantes, se desglosaran los datos de cada uno y firmaran según corresponda.

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				

*¡Por Siempre Libres!*







Universidad Tecnológica  
del Suroeste de Guanajuato

# ANEXO 4: Informe Final


El informe se personalizará con los datos de la institución y el comité, se imprimirá y se entregará al comité quien lo contestará y una vez terminado lo entregará al Enlace para su captura en el SICS



**FUNCIÓN PÚBLICA**  
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**2024**  
**Felipe Carrillo  
PUERTO**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

LOGO INSTITUCIONAL

**CONTRALORÍA  
SOCIAL**

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**(Nombre del Programa)**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: \_\_\_\_\_

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Periodo que comprende el informe: Del:          
DÍA MES AÑO  
Al:          
DÍA MES AÑO

Fecha de llenado del informe: DÍA    MES   AÑO

Clave de la Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

Clave del Municipio o Alcaldía: \_\_\_\_\_

Clave de la Localidad: \_\_\_\_\_

**ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción que correspondan a su opinión.

**1.- ¿Recibieron información del programa por parte de la persona servidora pública responsable del mismo? En caso de que su respuesta sea "No", pasen a la pregunta 4.**

No  Sí

**2.- La información recibida sobre el programa está relacionada con:**

	No	Sí	
21	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Qué es la Contraloría Social y las actividades a realizar
22	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
23	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Periodo de ejecución y fechas de entrega del beneficio otorgado
24	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio otorgado por el programa
25	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigida el programa
26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del programa
27	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias



*¡Por Siempre Libres!*