



# CONTRALORÍA SOCIAL 2024 S247

## Presentación Formatos

DIRECCIÓN GENERAL DE UNIVERSIDADES TECNOLÓGICAS Y  
POLITÉCNICAS



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**CONTRALORÍA  
SOCIAL**



**NUEVO MODELO  
EDUCATIVO**  
UNIVERSIDADES DEL  
SUBSISTEMA TECNOLÓGICO **2024**

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ**

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

Ejemplo: UTP 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**

**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:**



O DE  
RÍA  
AL

**DATOS DEL BENEFICIO A VIGILAR:**

**NOMBRE DEL BENEFICIO:** PRODEP Universidad XXXX

**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 diferencias mayores a 20 alumnos contactar a la DGUTyP

**COMENTARIOS:** Pueden anotar cuantos profesores fueron beneficiarios y que tipo de equipo o material se adquirirá con el apoyo

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



**FECHA DE EJECUCIÓN DEL BENEFICIO:** Fecha de la adquisición del equipo o material

**INTEGRANTES DEL OMITÉ**

Anotar los datos de cada uno de los integrantes del comité  
\* Recordar que el Enlace NO forma parte del comité, su tarea es ayudar al comité solamente.



Datos del beneficio a vigilar				
<b>Nombre del beneficio:</b>				
<b>Tipo de beneficio:</b>	Apoyo:	Obra:	Servicio:	Otro:
<b>Número de personas beneficiarias:</b>	Hombres:	Mujeres:	Total:	
<b>Entidad federativa:</b>				
<b>Municipio:</b>				
<b>Localidad:</b>				
<b>Comentarios:</b>				
<b>Presupuesto asignado al beneficio:</b>				

**Fecha de ejecución del beneficio:**

Integrantes del Comité de Contraloría Social	
<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 (Incluir lada):</b>	
<b>Firma:</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 (Incluir lada):</b>	
<b>Firma:</b>	

Doble c

IO DE  
RÍA  
AL

Las Actividades del Comité ya vienen integradas en el Acta de constitución y son las que tendrán que hacer de conocimiento de sus integrantes

**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**

En esta sección puede describir que utilizara el convenio de la ministración del apoyo, minutas de reunión, reuniones presenciales, mixtas o virtuales, inspección física etc., todo aquello que ayude al comité a revisar que se cumplió con el objeto del apoyo.

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

Aquí se puede describir que comprobantes evidencian la calidad de beneficiario (credencial profesor, proyecto que se envió donde aparece el nombre del/los profesores/ras beneficiados/as 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)

<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.

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.

**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE DEL 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 (Anexo 2);
- 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.



**ANEXO 2: ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ  
"SUBSIDIOS FEDERALES PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES"**

**EJERCICIO FISCAL: 2024**

**Fecha de sustitución: dd/mm/aaaa**

<b>Nombre del Comité de Contraloría Social:</b>
<b>Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa</b>

<b>Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir</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 (incluir lada):</b>	
<b>Firma:</b>	

<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 (incluir lada):</b>	
<b>Firma:</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

**ANEXO 3: MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

Estos pueden ser los **motivos de la reunión**.

**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:	

<b>Temas tratados:</b>	
------------------------	--

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?

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 resumen, de participantes se anotará por hombres y mujeres según la figura de que se trate y así mismo se registrará en el sistema SICS



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			
<b>Total</b>			



En la sección lista de participantes, se desglosarán los datos de cada uno y firmarán 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				




**ANEXO 4: INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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



LOGO INSTITUCIONAL



**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

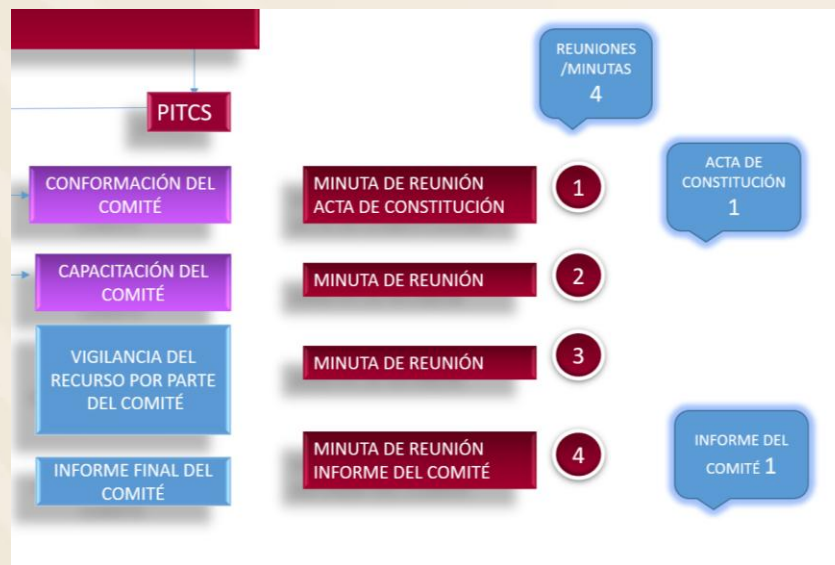
**2.- La información recibida sobre el programa está relacionada con:**

	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

El Enlace deberá tener una carpeta de evidencias en la sección de Trabajo del Comité:

- Programa Institucional de Trabajo
- Acta de Constitución del Comité
- Minuta de reunión de constitución del comité
- Minuta de reunión para capacitación del comité
- Minuta de reunión para seguimiento al programa
- Minuta de reunión para llenado y entrega del informe
- Informe del comité en pdf

Si existen más reuniones, las minutas correspondientes.





Dirección General de Universidades Tecnológicas y  
Politécnicas

Dirección de Planeación, Evaluación e Informática  
Contraloría Social 2024



GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA