





**Anexo 2**  
**MINUTA DE REUNIÓN, 2019**  
**SERVICIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y**  
**POSGRADO PPS - E010 2019**



<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>	
--	--

DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL	
Nombre:	
Número de Registro:	

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
Institución 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. Comentarios adicionales 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

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

Tipo de asistente (del 1 al 4)	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma

**Tipo de asistente:**

- 1.- Representante Federal o Responsable de CS
- 2.- Integrantes del Comité de Contraloría Social
- 3.- Beneficiarios
- 4.- Otros asistentes

**COMENTARIOS ADICIONALES**

**Nota 1:** En caso de que no sean suficientes las filas en "asistentes en la reunión", favor de insertar cuantos renglones sean necesarios.

**Nota 1:** La minuta de reunión deberá ser firmada al menos, por un servidor público de la Instancia ejecutora, un integrante del CCS y un beneficiario.



**Anexo 3**  
**ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE**  
**CONTRALORÍA SOCIAL 2019**  
**SERVICIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y**  
**POSGRADO PPS - E010 2019**



<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>	
<b>Ejercicio fiscal:</b>	

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

Nombre del Comité de Contraloría Social:	Número de registro (en caso que aplique):	Fecha de registro:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Nombre de los contralores sociales	Cargo	Domicilio particular (Calle, Número, Localidad, Municipio, Estado)	Sexo (M/H)	Edad	Firma

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la constitución del Comité)

**II. DATOS DE OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe	Monto del apoyo	Ubicación o Domicilio (Calle, Localidad, Municipio y Estado)	Período de Ejecución	
			Del	Al

**III. FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

<b>Funciones:</b>
<b>Compromisos:</b>



**Comentarios Adicionales:**

**Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora**

**Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Ejecutora**

**Nota1: Actividades del Comité de Contraloría Social:**

Los Comités de Contraloría Social realizarán las siguientes actividades y sin perjuicio de las que establezca la Instancia Normativa, atendiendo las características del programa federal:

8. Tomar la capacitación para realizar las actividades de CS por parte del RCS de las IES,
9. Solicitar al RCS de la IE la información pública relacionada con la operación del Programa,
10. Vigilar que:
  - i) Se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal,
  - j) 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 y, en su caso, en la normatividad aplicable,
  - k) Los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos de acuerdo a la normatividad aplicable,
  - l) Se cumpla con los períodos de ejecución de las obras y de la entrega de las obras, apoyos o servicios,
  - m) Exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios,
  - n) El programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal,
  - o) El programa federal se ejecute en un marco de igualdad entre mujeres y hombres,
  - p) Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal,
11. Registrar en el informe(s) los resultados de las actividades de contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos;
12. Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales, recabar la información de las mismas y, en su caso, presentarlas junto con la información recopilada a la Representación Federal o, en su caso a la Instancia Ejecutora del programa Federal, a efecto de que se tomen las medidas a que haya lugar, y
13. Recibir las quejas y denuncias que puedan dar lugar al finamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas federales, así como turnarlas a las autoridades competentes para su atención (Responsable de la CS en la IE, o al Responsable de la CS de la Instancia Normativa o al Órgano Estatal de Control),
14. Vigilar que se apliquen correctamente los recursos al 100% y que se adquiera lo que se autorizó comprar en el anexo de ejecución del convenio de apoyo.

**Nota2: Los beneficiarios eligieron por mayoría de votos a los integrantes de este Comité de Contraloría Social.**

**Nota3: Los integrantes del Comité de Contraloría Social asumen esta acta de registro como escrito libre para solicitar su registro ante el PFCE, con fundamento en el artículo 70 de la Ley General de Desarrollo Social.**



**Anexo 4**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE**  
**DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019**  
**SERVICIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y**  
**POSGRADO PPS - E010**



**Nombre de la Institución Educativa:**

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

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/> Estado: <input type="text"/>

**DATOS DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

Nombre	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DATOS DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR**

Nombre	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité)

**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, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora**

**Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Ejecutora**

**Nota:** Se deberá anexar a esta acta de sustitución, el registro original del Comité de Contraloría Social.



**Anexo 5**  
**SOLICITUD DE INFORMACIÓN 2019**  
**SERVICIOS DE EDUCACIÓN**  
**SUPERIOR Y POSGRADO PPS - E010**  
**2019**



**El responsable del llenado será un integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa.**

**I. DATOS GENERALES**

Nombre de la Institución:	_____		
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:	_____		

**II. SI USTED ES ENTEGRANTE 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 RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL 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 del que solicita la información*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, Cargo y Firma del (la) Responsable de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información*







**Anexo 7**  
**CÉDULA DE QUEJAS Y DENUNCIAS 2019**  
**PROGRAMA DE SERVICIOS EDUCACIÓN SUPERIOR**  
**Y POSGRADO (PPS - EO10)**



Contraloría **Social**

1) Nombre de la Institución Educativa:

2) Fecha de Interposición

3) Programa

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROMOVENTE**

4) Anónimo

5) Nombre

6) Apellido Paterno

7) Apellido Materno

8) Sexo H   
M

9) Edad

10) Escolaridad			
No tiene	<input type="checkbox"/>	Media Superior	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Carrera Técnica	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
		Maestría	<input type="checkbox"/>
		Doctorado	<input type="checkbox"/>
		Se desconoce	<input type="checkbox"/>

11) Ocupación			
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>
Becario	<input type="checkbox"/>	Contratista	<input type="checkbox"/>
Campesino	<input type="checkbox"/>	Desempleado	<input type="checkbox"/>
Catedrático	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>
		Empresario	<input type="checkbox"/>
		Estudiante	<input type="checkbox"/>
		Obrero	<input type="checkbox"/>
		Prestador de Servicio	<input type="checkbox"/>
		Profesionista	<input type="checkbox"/>
		Servidor Público	<input type="checkbox"/>
		Transportista	<input type="checkbox"/>

12) Razón Social  13) Teléfono  14) Correo Electrónico  15) Correspondencia

**TIPO DE HECHO**

16) Tipo de Hecho		
Aplicación del Recurso	<input type="checkbox"/>	Uso con otros fines (lucro, político)
Ejecución del Programa	<input type="checkbox"/>	Condicionamiento del Apoyo
Servicio Ofrecido	<input type="checkbox"/>	Otros

17) ¿Esta relacionado con un Programa Público Federal?  
Sí  No





<b>DATOS DE QUEJA O DENUNCIA</b>	
18) ¿De qué Institución es el trámite/servicio o el personal con quien trató?	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
19) ¿Quería realizar un trámite y servicio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20) ¿Le solicitaron dinero o algo adicional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO</b>	
21) Nombre (s)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
22) Apellidos	<input style="width: 100%;" type="text"/>
23) Dependencia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
24) Cargo que desempeña	<input style="width: 100%;" type="text"/>
25) Adscripción	<input style="width: 100%;" type="text"/>
26) Trámite o servicio que motivó la petición	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>SEÑAS PARTICULARES</b>	
27) Sexo	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
28) Señas Particulares	
<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	
<b>LOS HECHOS</b>	
Datos Generales de los Hechos	
29) Entidad Federativa	30) 2Delegación/ Municipio
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
31) Localidad	32) Otros
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
33) Fecha de los hechos	34) Hora de los Hechos
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/> : <input style="width: 100%;" type="text"/>
35) Lugar Específico de los hechos	<input style="width: 100%;" type="text"/>
36) Narración de los hechos	
<input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>	

