

# PASO 5

Aquí van los datos del nuevo integrante



## Anexo 5 ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2020 PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE) 2019



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

Nombre	Cargo	CURP	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma

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

### *firmas*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora (Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades\*\*)*

\_\_\_\_\_  
*Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Ejecutora (Representante de las personas beneficiarias\*\*\*)*

### *Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:*

<i>Contacto</i>	<i>Nombre de Contacto</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Correo electrónico</i>
<i>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</i>			
<i>Representante de las personas beneficiarias***</i>			

Nota: Se deberá anexar esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social y subirla al SICS.



SEP

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UTP

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA Y POLITÉCNICA

Subsecretaría de Educación Superior  
Coordinación General de  
Universidades Tecnológicas y Politécnicas



CONTRALORÍA  
SOCIAL

Datos de contacto de siempre, del Representante de CS y del Representante del Comité de CS

# PASO 5

Nombre de la Institución Educativa:	Universidad Tecnológica de Aguascalientes		
Ejercicio fiscal de Contraloría Social:	2020	Ejercicio fiscal del programa:	2019

## I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
Universidad Tecnológica de Aguascalientes – CCS PFCE 2019	2020-11-S245-04-514-01-001-2336-1/1	7 de septiembre de 2020

## II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe: <b>1.-Contribuir a la mejora del sistema de gestión de la calidad, a través de la Norma ISO:9001:2015 por un monto de \$50,000</b> <b>2.-Realizar el proceso de acreditación de los programas educativos que imparte la Universidad por un monto de \$150,000</b>					
Dirección: <b>Boulevard Lopez Mateos 1300, Aguascalientes, Aguascalientes.</b>					
Localidad:	<b>La Cantera</b>	Municipio:	<b>Aguascalientes</b>	Estado:	<b>Aguascalientes</b>
Monto de la obra o apoyo:		<b>\$200,000</b>	Período de apoyo:	<b>01 de noviembre de 2019 al 30 de noviembre de 2020</b>	

# PASO 5

## III. CAMBIOS

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

Nombre	Cargo	CURP	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma
<b>Gabriela Martínez Mendoza</b>	<b>Alumna</b>		<b>M</b>	<b>25</b>		

### SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

	Muerte del integrante				Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado)
	Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)			<b>X</b>	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
	Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)				Otra. Especifique

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

Nombre	Cargo	CURP	Sexo (H/M)	Edad	Calle, Número, Localidad, Municipio y Estado	Firma
<b>Maribel Sánchez Reyes</b>	<b>Alumna</b>		<b>M</b>			

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

**“Se deberá anexar esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social y subirla al SICS”.**

# PASO 5

## *firmas*

---

***Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de Contraloría Social en la Institución Ejecutora (Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades\*\*)***

---

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

***Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:***

<b><i>Contacto</i></b>	<b><i>Nombre de Contacto</i></b>	<b><i>Teléfono</i></b>	<b><i>Correo electrónico</i></b>
<b><i>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</i></b>	<b><i>María Luisa López Rodríguez</i></b>	<b><i>449 910 5876</i></b>	<b><i>ma.luisa@uta.edu.mx</i></b>
<b><i>Representante de las personas beneficiarias***</i></b>	<b><i>Julio Gómez Ricalde.</i></b>	<b><i>449 910 5000 ext 5</i></b>	<b><i>juliog@uta.edu.mx</i></b>

# PASO 6

Veamos el siguiente formato A6 referente a la Solicitud de Información de Contraloría Social, con su debido ejemplo de llenado:



Anexo 6  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN  
CONTRALORÍA SOCIAL 2020  
PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD  
EDUCATIVA (PFCE) 2019



### I. DATOS GENERALES

Nombre de la Institución:			
Ejercicio Fiscal de CS:		Ejercicio Fiscal del Programa:	
Dirección:			
Estado:			
Municipio:			
Localidad:			
Nombre del Programa:			
El apoyo que recibe del programa es:	Obra	Apoyo	Servicio

### II. SI USTED ES ENTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro (SICS)	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

*Nota: El responsable del llenado será un integrante del comité de CS o un beneficiario.*



Subsecretaría de Educación Superior  
Coordinación General de  
Universidades Tecnológicas y Politécnicas



En caso de que los integrantes del comité tengan preguntas relacionadas con la operación del programa, dichos cuestionamientos podrán formularse utilizando el formato solicitud de información (anexo 6 para el caso del PFCE y PROFEXCE) (ANEXO 5 para el caso del PPS) y el responsable de la CS resolverá sus dudas.

# PASO 6



## I. DATOS GENERALES

Nombre de la Institución:	<b>Universidad Tecnológica de Aguascalientes</b>					
Ejercicio Fiscal de CS:	<b>2020</b>	Ejercicio Fiscal del Programa:	<b>2019</b>			
Dirección:	<b>Boulevard Lopez Mateos 1300, Aguascalientes, Aguascalientes.</b>					
Estado:	<b>Aguascalientes</b>					
Municipio:	<b>Aguascalientes</b>					
Localidad:	<b>La Cantera</b>					
Nombre del Programa:	<b>PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE)</b>					
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/>	Obra	<input checked="" type="checkbox"/>	Apoyo	<input type="checkbox"/>	Servicio

## II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
<b>Universidad Tecnológica de Aguascalientes – CCS PFCE 2019</b>	<b>2020-11-S245-04-514-01-001-2336- 1/1</b>	<b>7 de septiembre de 2020</b>

## III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA:

**En la capacitación se mencionó que se van a realizar 10 minutas enfocados en 10 objetivos. ¿Podemos como Comité de Contraloría Social realizar más reuniones? ¿Plantear más objetivos?**

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*

**Nota: El responsable del llenado será un integrante del comité de CS o un beneficiario.**

# PASO 7

El Comité de Contraloría Social en su reunión número 7 (objetivo 7), contestarán el formulario del Informe Final.

El Responsable pondrá el logotipo de su Universidad, verificar que se encuentre llenado y firmado correctamente y se encargará de subirlo a la página de la Universidad.



The image shows a header section of a report form. On the left, there are logos for 'FUNCIÓN PÚBLICA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA' and '2020 LEONA VICARIO BENÉFICITA MADRE DE LA PATRIA'. On the right, there is a dashed rectangular box labeled 'LOGOTIPO DE LA INSTITUCIÓN'. Below these elements is a dark blue horizontal bar with the text 'INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL' and 'PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE) 2019'. An arrow from the text above points to the dashed box.

El informe final deberá subirse a más tardar a los 30 días naturales posteriores a su ejecución y deberá estar en el SICS antes del 31 de diciembre.

# PASO 7



FUNCIÓN PÚBLICA



2020  
LEONORA VICARIO

LOGOTIPO DE  
LA INSTITUCIÓN

El Comité de Contraloría Social en su reunión número 7 (objetivo 7), contestarán el formulario del Informe Final y el Responsable de Contraloría Social se encargará de subirlo a la página de la Universidad.

## PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE) 2019

### INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA 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: \_\_\_\_\_

### EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

1.- ¿Recibió información sobre lo que es la Contraloría Social?

1 No  2 Sí  3 Otro: \_\_\_\_\_

2.- ¿Recibió información suficiente sobre el funcionamiento del Programa?

1 No  2 Sí  3 Otro: \_\_\_\_\_

3.- La información que recibió respecto al Programa fue: (Puede marcar una o más opciones)

	No	Sí	
3.1.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Objetivos del Programa
3.2.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Información presupuestaria del Programa
3.3.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Requisitos para obtener el beneficio
3.4.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Beneficio otorgado

	No	Sí	
3.5.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
3.6.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias
3.7.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Otro: _____

4.- ¿Ha solicitado información a las autoridades federales, estatales y municipales responsables de los programas de desarrollo social?

No (Pase a la pregunta 5)

Sí

4.1.-  ¿Por qué?

4.2.- ¿Qué tipo de información solicitó y por qué medio(s) (por ejemplo: directamente con la Instancia Normativa, a través del INAI<sup>1</sup>, etc.)?

.....

.....

.....

4.3.- ¿Le proporcionaron la información que solicitó?

No

Sí

Anote la razón:

5.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique la opción que considere más adecuada:

	No	Sí	No aplica	
5.1.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
5.2.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
5.3.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio?
5.4.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	En caso de que su Programa implique obra pública, ¿la pudo ver finalizada?
5.5.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿La obra tuvo alguna dificultad o irregularidad observada?
5.6.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
5.7.-	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
5.8	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	¿Conoció a alguien a quien se le haya condicionado la entrega del beneficio o a quien no se lo hayan entregado completo?

**6.- Usted o algún conocido tiene acceso a internet mediante:**

1 Teléfono con datos activados

2 Computadora propia con internet en casa

3 Ninguno

**6.1.- ¿Considera que el acceso a internet es una herramienta necesaria para realizar acciones de Contraloría Social?**

0 Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

1 No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**7.- Durante y al final de sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad?**

1 No  2 Sí Especifique cuál: \_\_\_\_\_

**8.- De acuerdo a lo que observó, ¿considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?**

0 No

1 Sí, ¿por qué?

**9.-¿Cuál o cuáles de los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias conoce?**

	No	Sí	
9.1.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
9.2.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Buzón móvil o fijo
9.3.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
9.4.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
9.5.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Contraloría del Estado
9.6.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Teléfono y/o correo electrónico
9.7.-	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Personal responsable de la ejecución del Programa