

MECANISMOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS

VÍA CORRESPONDENCIA Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México	VÍA TELEFÓNICA Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000	DE MANERA PRESENCIAL En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.
VÍA CORREO ELECTRÓNICO contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx	EN LA WEB Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/ Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDE): https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/	





Una vez vistos los formatos del anexo 2 y anexo 3 del PRODEP, proseguimos al revisar el anexo 4 Acta de Sustitución del Comité.





CONTRALORÍA
SOCIAL



Anexo 4
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL
COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2022
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO
PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2021



CONTRALORÍA
SOCIAL

Nombre de la Institución Educativa:			
Ejercicio fiscal de Contraloría Social:		Ejercicio fiscal del programa:	

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"/>

Fecha de sustitución:	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------

1) DATOS DEL APOYO DEL PROGRAMA

Apoyo:				
Dirección:				
Objetivo General:				
Localidad:		Municipio:		Estado:
Monto de la obra o apoyo:		Duración de obra o apoyo:		



Ricardo
2022 Flores
Año de Magón
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre Completo	Cargo	CURP	Edad	Sexo (M/H)	Teléfono (incluir lada)	Correo electrónico	Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Localidad, Municipio, Estado)	Firma

3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO (CON CAMBIOS)

Nombre Completo	Cargo	CURP	Edad	Sexo (M/H)	Teléfono (incluir lada)	Correo electrónico	Domicilio particular (Calle, Número, Col., CP, Localidad, Municipio, Estado)	Firma

MOTIVOS DE SUSTITUCIÓN:

	Muerte del integrante
	Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)
	Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)

	Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado)
	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
	Otra. Especifique



Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia del registro

Cargo del Servidor público:	
Teléfono:	
Correo	

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

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.





Una vez vistos los formatos del anexo 4 del PRODEP, proseguimos al revisar el anexo 5 Solicitud de Información.



DATOS GENERALES

Nombre de la Institución:			
Ejercicio Fiscal de CS:		Ejercicio Fiscal del Programa:	
Dirección:			
Estado:			
Municipio:			
Localidad:			
Nombre del Programa:	<hr/>		

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

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro (SICS)

Fecha de registro

2. DATOS GENERALES DEL ÁREA A LA QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN



Ricardo
2022 Flores
Año de **Magón**
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

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

4. 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.

5. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. _____.

Nombre y firma del que solicita la información

Nombre 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.



2022 *Ricardo Flores*
Año de Magón
PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA



Una vez vistos los formatos del anexo 5 del PRODEP, proseguimos al revisar el anexo 6 Informe de CCS.



Anexo 6. Ejemplo de llenado Informe Final

Anexo 6



LOGOTIPO DE
LA INSTITUCIÓN



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2021

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: **2022-11-S247-04-514-01-001-2336-1/1**

Obra, apoyo o servicio vigilado: **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LA CDMX – CCS PRODEP 2022**

Periodo que comprende el Informe: Del **02** DÍA **07** MES **2022** AÑO Al **30** DÍA **12** MES **2022** AÑO

Fecha de llenado del Informe: DÍA **31** MES **12** AÑO **2022**

Clave de la Entidad Federativa: **1**

Clave del Municipio o Alcaldía: **14**

Clave de la Localidad: **1**

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.- La información que recibió respecto al Programa por el responsable del mismo está relacionada con:

	No	Sí		No	Sí		
1.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social	1.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado	1.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	1.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa				

2.- Consideras que la información recibida por el responsable del programa fue:

	No	Sí		No	Sí		
2.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara	2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	2.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oportuna