Anexos

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL**

 **COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**PRODEP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año fiscal 2021 | **Fecha de registro** |  |
| **Vigencia del período de ejecución** | **día/mes/año** |
| **Nombre del Comité:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Datos de contacto del Coordinador del Comité de Contraloría Social**
 |
| Nombre completo: |  |
| CURP: |  |
| Domicilio *(calle, no.):* |  |
| Estado y Municipio: |  |
| Localidad y Código Postal: |  |
| Teléfonos: | Tel. Local: | Tel. Celular: |
| Correo electrónico: |  |

|  |
| --- |
| 1. **Nombre de los integrantes del Comité de Contraloría Social**
 |
| Nombre y apellidos de los integrantes del Comité | CURP | Domicilio (Calle, número, localidad, municipio) | Género\*(M /H) | Edad | Cargo en el Comité  | Firma o Huella Digital |
|  |  |  |  |  | Coordinador |  |
|  |  |  |  |  | Integrante |  |
|  |  |  |  |  | Integrante |  |
|  |  |  |  |  | Integrante |  |

 \*M= Mujer; H= Hombre

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes del Comité de Contraloría Social, así como de los asistentes a la reunión o asamblea para promover la constitución del Comité).

Las personas abajo firmantes por este conducto manifestamos que, con el propósito de dar seguimiento a la correcta aplicación de los recursos del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP) tipo básico, acordamos reunirnos para constituir el Comité de Contraloría Social mediante un proceso de elección libre y democrático, en el que se consideró la participación equitativa de hombres y mujeres representantes de la comunidad escolar. De lo cual se registra lo siguiente:

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA REUNIÓN** |
| Lugar y domicilio en la que se llevó a cabo: |  |
| Fecha de constitución (día, mes y año)  |  |
| Duración:  | Inicio:  | Término: |
| Número de Asistentes: | Mujeres:  | Hombres: |
| Nombre del Coordinador de la Reunión: |  |

Asimismo, manifestamos nuestro interés por participar como integrantes del Comité de Contraloría Social, asumiendo como parte de las tareas del Comité, las siguiente:

|  |
| --- |
| 1. **Funciones, responsabilidades y derehos de los integrantes de los Comités de Contraloría Social**
 |
| **Funciones y**  **Actividades de Contraloría Social** | **Derechos** |
| 1. Sesionar en los tiempos establecidos por el propio Comité.
2. Solicitar la información necesaria para el buen desempeño de sus funciones.
3. Asistir a las capacitaciones, reuniones y asesoría que se les convoque.
4. Solicitar información de los apoyos proporcionados por el PRODEP tipo básico para la formación continua de las maestros de educación básica de la entidad.
5. Verificar el desarrollo y cumplimiento de las acciones del PRODEP tipo básico.
6. Orientar a la comunidad educativa sobre cómo presentar quejas, denuncias y sugerencias.
7. Recibir y canalizar las quejas, denuncias y sugerencias conforme a los mecanismos establecidos en la entidad y en las Reglas de Operación o Lineamientos de Operación respectivos, y normatividad vigente.
8. Elaborar el informe anual de Contraloría Social.
9. Brindar información a la comunidad educativa sobre los resultados de la contraloría social.
 | 1. Manifestar con toda libertad su opinión durante las reuniones, comportándose con corrección y respeto a sus compañeros, tratando de expresar con la mayor claridad y de modo conciso sus puntos de vista.2. Los integrantes del comité tienen derecho de voz y voto en los asuntos relacionados con la organización y desarrollo de sus actividades de contraloría social.3. Solicitar información de los apoyos proporcionados por el PRODEP tipo básico para la formación continua de las maestros de educación básica de la entidad.4. Derecho a ser tratado con el debido respeto y consideración,por cualquier funcionario público federal, estatal, municipal y escolar.5. Proponer iniciativas y acciones de mejora que estimen pertinentes, las cuales puedan contribuir al mejor desempeño de las funciones de Contraloría Social y al desarrollo del PRODEP tipo básico. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  EMANUEL CORNEJO MÉNDEZ |
| **Nombre del(la) Coordinador (a) del Comité de Contraloría Social de PRODEP Tipo básico** |  | **Nombre del Enlace Estatal de Contraloría Social de PRODEP**  |

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal, para su captura en el SICS.

El Enlace Estatal, expedirá una constancia de registro del Comité, la cual será entregada al Comité.

* **ADJUNTAR LA LISTA CON NOMBRE Y FIRMA DE LOS ASISTENTES A LA REUNIÓN O ASAMBLE PARA ELEGIR AL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**ESCRITO LIBRE**

**Nombre del Integrante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Motivos de mi interés en participar como integrante del Comité de Contraloría Social.**Firma:** |

**Nombre del Integrante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Motivos de mi interés en participar como integrante del Comité de Contraloría Social.**Firma:** |

**Nombre del Integrante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Motivos de mi interés en participar como integrante del Comité de Contraloría Social.**Firma:** |

**Nombre del Integrante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Motivos de mi interés en participar como integrante del Comité de Contraloría Social.**Firma:** |

**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN**

**INTEGRANTE DEL COMITÉ DE**

**CONTRALORÍA SOCIAL**

**PRODEP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año fiscal 2021 | **Fecha de registro** |  |
| **Vigencia del período de ejecución** | **día/mes/año** |

**NOMBRE DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **CURP** | **Sexo****(M/H)** | **Edad** | **Cargo** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**CAUSA POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** (Marque con una X)

|  |  |
| --- | --- |
| Muerte del integrante |  |
| Separación voluntaria, mediante escrito dirigido a los miembros del Comité |  |
| Acuerdo del Comité tomado por la mayoría de los votos |  |
| Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa federal de que se trate (PRODEP) |  |
| Pérdida del carácter de beneficiario |  |

**Otra. Especifique**

|  |
| --- |
|  |

**NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** | **CURP** | **Sexo****(M/H)** | **Edad**  | **Cargo** | **Firma o Huella Digital** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Firma del Coordinador del Comité de Contraloría Social** |

Entregar este formato debidamente llenado y firmado al

Enlace Estatal, para su captura en el SICS.

**MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ**

**CONTRALORÍA SOCIAL**

**PRODEP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Año fiscal 2021 | **Fecha de registro** |  |
| **Vigencia del período de ejecución** | **día/mes/año** |
| **Nombre del Comité:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE LA REUNIÓN**
 |
| Domicilio *(calle, no.)* |  |
| Estado y Municipio |  |
| Localidad y Código Postal: |  |
| Teléfono |  |
| Tipo de reunión (presencial o virtual) |  |

1. **Objetivo de la reunión**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Peticiones ciudadanas, quejas o denuncias relacionadas con el Programa u otras necesidades, opiniones e inquietudes expresadas por los integrantes del Comité**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Temas tratados**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **ACUERDOS Y COMPROMISOS** |
| **ACTIVIDADES** | **FECHA** | **RESPONSABLE** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**REGISTRO DE ASISTENTES EN LA REUNIÓN (funcionarios, beneficiarios e integrantes que asistieron)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Institución o cargo** | **Teléfono** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El Enlace Estatal hará el llenado de este formato, para su reporte en el SICS

**Lista de asistencia**

**Contraloría Social del PRODEP**

|  |
| --- |
| 1. **Datos de contacto del Coordinador del Comité de Contraloría Social**
 |
| Nombre completo: |  |
| CURP: |  |
| Domicilio *(calle, no.):* |  |
| Estado y Municipio: |  |
| Localidad y Código Postal: |  |
| Teléfonos: | Tel. Local: | Tel. Celular: |
| Correo electrónico: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Comité:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE LA REUNIÓN**
 |
| Fecha  |  |
| Lugar |  |
| Objetivo de la reunión  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Nombre completo** | **Firma** | **M\*** | **F\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*M= Masculino

\*F= Femenino

Nota: Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal de Contraloría Social, para su captura en el SICS.

 Informe del Comité de Contraloría Social





