

# CAPACITACIÓN CONTRALORIA SOCIAL

## OBJETIVOS:

- CONOCER EL SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES DE CONTRALORIA SOCIAL Y DOCUMENTOS A UTILIZAR.
- REQUISITAR DE MANERA CORRECTA LOS FORMATOS DE CONTRALORIA SOCIAL.

## QUE ES CONTRALORÍA SOCIAL

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 69 DE LA LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL: LA CONTRALORÍA SOCIAL ES EL MECANISMO DE LOS BENEFICIARIOS, DE MANERA ORGANIZADA, PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS Y LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS ASIGNADOS A LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL.

# Utilidad social e importancia de la Contraloría Social

- Ciudadaniza el combate a la corrupción y a la impunidad en los programas federales de desarrollo social.
- Vigila las acciones gubernamentales para influir en la correcta aplicación de los recursos públicos y en la mejora de la gestión pública
- Inhibe el uso de los programas para fines distintos al desarrollo social
- Dota de herramientas a la ciudadanía y población beneficiaria para identificar y denunciar posibles irregularidades

# BENEFICIARIOS DE LOS PROGRAMAS

- ALUMNOS
- DOCENTES
- PERSONAL ADMINISTRATIVO

# TERMINOS IMPORTANTES

- ▶ INSTANCIA NORMATIVA (**IN**): ES LA CGUTyP
- ▶ INSTANCIAS EJECUTORAS (**IES**): SON LAS UT's Y UP'S
- ▶ ORGANO ESTATAL DE CONTROL (**OEC**) - CONTACTO CON ELLOS PARA ALGUNAS ACTIVIDADES DE CS, EN CASO DE QUEJA O DENUNCIAS.
- ▶ RESPONSABLE DE CONTRALORIA SOCIAL (**RCS**) – APOYO PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE PLANEACIÓN, PROMOCIÓN Y OPERACIÓN ASI COMO EL SEGUIMIENTO DE LA CS
- ▶ BENEFICIARIOS DEL PROGRAMAS (ALUMNOS, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO)
- ▶ COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL (**CCS**)- VIGILARA LA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS PUBLICOS FEDERALES ASIGNADOS A LOS PROGRAMAS PFCE Y PROFEXCE DURANTE 2019 Y 2020

# MARCO NORMATIVO

- ▶ LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
- ▶ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
- ▶ LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCION Y OPERACIÓN DE LA CONTRALORIA SOCIAL EN LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO SOCIAL
- ▶ REGLAS DE OPERACIÓN DEL PFCE 2019 Y REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROFEXCE

# DOCUMENTOS

- ▶ ESQUEMA DE CONTRALORÍA SOCIAL
- ▶ GUIA OPERATIVA
- ▶ PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE CONTRALORÍA SOCIAL (PATCS) EN PDF Y FIRMADO
- ▶ PROGRAMA INSTRUCIONAL DE TRABAJO (PITCS) VALIDADO POR LA CGUTyP

# ACTIVIDADES DE CONTRALORIA SOCIAL

- ▶ Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal.
- ▶ Vigilar que 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.
- ▶ Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener esa característica.
- ▶ Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios.
- ▶ Vigilar que exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios.



# ACTIVIDADES DE CONTRALORIA SOCIAL

- ▶ Vigilar que el programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal.
- ▶ Vigilar que el programa federal no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.
- ▶ Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal.
- ▶ Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales, recabar la información de estas y, en su caso, presentarlas junto con la información recopilada a la Representación Federal o Estatal, a efecto de que se tomen las medidas a que haya lugar.

# FORMATOS DE CONTRALORIA SOCIAL

- ▶ ANEXO 3- MINUTA DE REUNIÓN
- ▶ ANEXO 3A- LISTA DE ASISTENCIA
- ▶ ANEXO 4- ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CS
- ▶ ANEXO 5- ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CS
- ▶ ANEXO 6- SOLICITUD DE INFORMACIÓN
- ▶ ANEXO 7- INFORME FINAL DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL
- ▶ ANEXO 8- CEDULA DE QUEJAS Y DENUNCIAS
- ▶ ANEXO 9- REPORTE DE QUEJAS Y DENUNCIAS

# ANEXO 3 (OBJETIVOS DE REUNIÓN)

1. Constituir el Comité de Contraloría Social
2. Capacitar a los integrantes del Comité de CS
3. Supervisar la Distribución y cierre del Presupuesto asignado
4. Supervisar la Distribución y cierre de los Materiales de Capacitación
5. Supervisar la Distribución y cierre de los Materiales de Difusión
6. Verificar que se hayan realizado las actividades programadas en el PITCS al cierre de año
7. Realizar el Informe Final de CCS y subirlo a la página de la Universidad
8. Elaborar reporte final de quejas y denuncias
9. Analizar los resultados y elaborar un reporte final de CS y Acciones de Mejora para el siguiente ejercicio fiscal

# PRESENTACIÓN DE LOS FORMATOS

# QUEJAS Y DENUNCIAS

# AGRADECIMIENTO



**Anexo 3**  
**MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**



DATOS DE LA REUNIÓN			
Nombre de la Institución que ejecuta el programa:			
Nombre del Programa:			
Tipo de apoyo:			
Ejercicio Fiscal del Recurso:	2020		
Periodo de Ejecución:			
Estado:		Fecha:	
Nombre Municipio:		Clave Municipio	
Nombre Localidad:		Clave Localidad	

**Descripción del apoyo (conforme al anexo de ejecución y desglosar montos por proyecto):**

Descripción del Proyecto	Monto
1.-	
2.-	
3.-	
<b>Monto Total del Apoyo</b>	

**DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Nombre:	
Fecha de Registro (SICS):	
Número de Registro SICS)*:	

\*Aplica a partir de la 2ª minuta, en la primera minuta se deja en blanco.

**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 (en caso de no recibir ninguna, poner NINGUNA)**

Denuncias:		
Quejas:		
Peticiones:		

**ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

Tipo	Actividades	Fecha	Responsable
Acuerdo:			
Compromiso:			

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN:**

Tipo de asistente (del 1 al 6)	Nombre	Cargo	Sexo (H o M)	Teléfono	Correo Electrónico	Firma

**Nota:** En caso de más asistentes insertar más renglones o utilizar el formato 3A Lista de asistencia.

**Tipo de asistente:**

1. Representante Federal o Estatal.
2. Representante del OEC o OIC.
3. Responsable de CS de la Instancia Ejecutora e Instructor.
4. Integrantes del Comité de Contraloría Social.
5. Beneficiarios.
6. Otros asistentes.

**COMENTARIOS ADICIONALES:**

Descripción	Monto (\$)	Avance (%)

**Nota:** En el caso de que la reunión sea de supervisión del Gasto, favor de poner el monto gastado acumulado del total autorizado y el % de avance acumulado.

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

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

**Firmas**

\_\_\_\_\_  
Responsable de Contraloría Social en la IE

\_\_\_\_\_  
Representante del Comité de Contraloría Social

\_\_\_\_\_  
Beneficiario del Programa

**Nota:** Este documento, debe ser registrado en PDF y capturado por el Responsable Institucional en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS).





**Anexo 3A**  
**LISTA DE ASISTENCIA DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**



<b>Nombre de la Instancia Ejecutora:</b>	
--	--

<b>Tema de Reunión:</b>	<b>Fecha:</b>	
-------------------------	---------------	--

<b>Marca con una X el tipo de reunión:</b>							
<b>Asesoría</b>		<b>Capacitación</b>		<b>Seguimiento a CS del Programa</b>		<b>Otro</b>	

<b>ASISTENTES EN LA REUNIÓN:</b>						
Tipo de asistente (del 1 al 6)	Nombre	Cargo	Sexo (H o M)	Teléfono	Correo Electrónico	Firma

**Tipo de asistente:**

1. Representante Federal o Estatal.
2. Representante del OEC o OIC.
3. Responsable de CS de la Instancia Ejecutora e Instructor.
4. Integrantes del Comité de Contraloría Social.
5. Beneficiarios.
6. Otros asistentes.

<b>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</b>			
Contacto	Nombre de Contacto	Teléfono	Correo electrónico
<b>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades (RCS)</b>			
<b>Representante de las personas beneficiarias (Representante del Comité de CS)</b>			



**Anexo 4**  
**ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA**  
**(PROFEXCE) 2020**



<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>			
<b>Ejercicio fiscal de Contraloría Social:</b>		<b>Ejercicio fiscal del programa:</b>	

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

Nombre del Comité de Contraloría Social:	Fecha de Constitución del Comité:	Fecha de registro en el sistema SICS:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

Nota: Adjuntar lista de los integrantes del Comité y de los asistentes a la Constitución del Comité, formato 3 y 3A.

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

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

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

<b>*Funciones (ver funciones en este formato):</b>
<b>*Compromisos (ver compromisos en este formato):</b>
<b>Comentarios Adicionales:</b>

*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\*\*\*)*

<b>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</b>			
<b>Contacto</b>	<b>Nombre de Contacto</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>
<b>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</b>			
<b>Representante de las personas beneficiarias***</b>			

Los firmantes, acordamos constituir el Comité de Contraloría Social mediante un proceso de elección libre y democrático, propiciando la participación equitativa entre hombres y mujeres. Asimismo, manifestamos nuestra voluntad de solicitar, mediante el presente documento, nuestro Registro como Comité de Contraloría Social ante el Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PROFEXCE).

**\*Funciones (actividades):**

1. Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal.
2. Vigilar que 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.
3. Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener esa característica.
4. Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios.
5. Vigilar que exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios.
6. Vigilar que el programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal.
7. Vigilar que el programa federal no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.
8. Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal.
9. Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales, recabar la información de estas y, en su caso, presentarlas junto con la información recopilada a la Representación Federal o Estatal, a efecto de que se tomen las medidas a que haya lugar.
10. Recibir las quejas y denuncias que puedan dar lugar al financiamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas federales, así como turnarlas a las autoridades competentes para su atención (Instancia Normativa y al OEC o a la SFP).

**Compromisos:**

1. Tomar la capacitación para realizar las actividades de CS por parte del RCS de las IES,
2. Solicitar al RCS de la IE la información pública relacionada con la operación del Programa,
3. El RCS en la Instancia Ejecutora deberá realizar reuniones con los beneficiarios de los programas federales, con la participación de los integrantes de los Comités, a fin de promover que realicen actividades de contraloría social, así como de que expresen sus necesidades, opiniones, quejas, denuncias y peticiones relacionadas con los programas federales.
4. Registrar en el informe(s) el(los) resultado(s) de las actividades de contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos;
5. Supervisar que se apliquen correctamente los recursos al 100% y que se haya adquirido lo que se autorizó comprar en el anexo de ejecución del convenio de apoyo y levantar minutas.

**Nota 1:** Los beneficiarios eligieron por mayoría de votos a los integrantes de este Comité de Contraloría Social.

**Nota 2:** Los integrantes del Comité de Contraloría Social asumen esta acta de registro como escrito libre para solicitar su registro ante el PROFEXCE, con fundamento en el artículo 70 de la Ley General de Desarrollo Social.

<b>MECANISMOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS</b>		
<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b> 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</p>	<p><b>VÍA TELEFÓNICA</b> Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b> 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.</p>
<p><b>VÍA CORREO ELECTRÓNICO</b> contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</p>	<p><b>EN LA WEB</b> Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad <a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a>  Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECE): <a href="https://sidece.funcionpublica.gob.mx/#!/">https://sidece.funcionpublica.gob.mx/#!/</a></p>	



**Anexo 5**  
**ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL**  
**COMITÉ DE LA CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**



<b>Nombre de la Institución Educativa:</b>			
<b>Ejercicio fiscal de Contraloría Social:</b>		<b>Ejercicio fiscal del programa:</b>	

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

	Número de registro	Fecha de registro
Nombre del Comité de Contraloría Social		

--	--	--

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

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe:						
Dirección:						
Localidad:		Municipio:		Estado:		
Monto de la obra o apoyo:			Período de apoyo:			

**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

**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)		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

(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\*\*\*)***

<b><i>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</i></b>			
<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>Representante de las personas beneficiarias***</i></b>			

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



**Anexo 6**  
**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**  
**CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**



**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 INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

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

**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.**

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA (PROFEXE) 2020**
**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		No	Sí	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Objetivos del Programa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Información presupuestaria del Programa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Requisitos para obtener el beneficio	3.7.- Otro: _____		
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Beneficio otorgado	_____		

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
<input type="checkbox"/> 0	¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/> 1 _____

 4.1.- ¿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.)?

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4.2.- ¿Le proporcionaron la información que solicitó?

No	Sí
<input type="checkbox"/> 0	Anote la razón: _____
	<input type="checkbox"/> 1 _____

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

No	Sí	No aplica	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿Le fue entregado completo el beneficio?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	En caso de que su Programa implique obra pública, ¿la pudo ver finalizada?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿La obra tuvo alguna dificultad o irregularidad observada?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	¿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?

 1 Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
 0 No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

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

 0 No  1 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	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Buzón móvil o fijo
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Contraloría del Estado
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Teléfono y/o correo electrónico

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**

9.7.-  0  1 Personal responsable de la ejecución del Programa

**10.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria o integrante del Comité presentó o presentaron una queja/denuncia sobre la operación del Programa?**

0 No (Pase a la pregunta 13)  1 Sí

**10.1.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/la denuncia y ante qué instancia fue. (Puede marcar una o más opciones, según sea el caso)**

- 1 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
- 2 Buzón móvil o fijo
- 3 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
- 4 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
- 5 Contraloría del Estado
- 6 Teléfono y/o correo electrónico
- 7 Personal responsable de la ejecución del Programa

¿Ante qué Instancia fue presentada? .....

**10.2.- ¿Cuál o cuáles fue o fueron los motivos de su queja/denuncia? (Puede marcar una o más opciones)**

- 1 Falta de difusión de la información sobre el Programa
- 2 El ejercicio de los recursos públicos no se realiza de forma transparente y conforme las reglas de operación y/o normatividad aplicable
- 3 Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con los requisitos de acuerdo a la normatividad
- 4 No se cumpla con los períodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios
- 5 No existe documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios
- 6 Otro: .....

**11.- ¿Cuál es su opinión sobre el mecanismo o los mecanismos que utilizó para presentar su queja/denuncia?**

.....

.....

.....

**12.- Describa brevemente los resultados sobre su experiencia tras presentar su queja/denuncia.**

.....

.....

.....

**13.- ¿Existió equidad de género<sup>2</sup> en la integración del Comité?**  1 No  2 Sí  3 No aplica

**14.- Señale los medios a través de los cuales recibió capacitación en materia de contraloría social: (Puede marcar una o más opciones)**

- 1 Reunión o asamblea
- 2 Videoconferencia
- 3 Llamada telefónica
- 4 Correo electrónico
- 5 Folleto
- 6 Otro: .....

**15.- ¿Qué actividades realizó el Comité de Contraloría Social?**

- | No                         | Sí                         |   |
|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?   |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?  |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se informó a otras personas beneficiarias sobre el Programa?   |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos de acuerdo a la normatividad?            |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se llevaron a cabo reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se solicitó información sobre los beneficios recibidos?  |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se orientó a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias?  |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | ¿Se externaron dudas e iniciativas a las personas responsables del Programa?  |

15.9.- Comentarios adicionales: .....

.....

.....

**16.- En su experiencia, ¿para qué cree que sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (Puede marcar una o más opciones)**

- 1 Gestión y trámite de los beneficios del Programa
- 2 Recepción oportuna de los beneficios del Programa
- 3 Calidad en los beneficios del Programa
- 4 Conocimiento y buen ejercicio de los derechos/las obligaciones de las personas beneficiarias del Programa
- 5 Transparencia en los recursos del Programa
- 6 Mejor funcionamiento del Programa
- 7 En realidad, no sirve para nada
- 8 Otro: .....



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**

5 Atención oportuna a quejas/denuncias

**17.- ¿Considera que la realización de las actividades de Contraloría Social fue ajena a cualquier partido u organización política?**

0 No  1 Sí

**18.- Según su experiencia, ¿cuál de los siguientes aspectos son susceptibles de mejora en el proceso de la Contraloría Social? (Puede marcar una o más opciones)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Acceso a la información en tiempo y forma                            | <input type="checkbox"/> 6 Implementación de un mecanismo de participación ciudadana que contribuya a la transparencia y rendición de cuentas del Programa |
| <input type="checkbox"/> 2 Respuesta y/o seguimiento a quejas/denuncias                         | <input type="checkbox"/> 7 Subsanan las irregularidades detectadas en el Programa  |
| <input type="checkbox"/> 3 Vínculo con las personas responsables del Programa                   | <input type="checkbox"/> 8 Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> 4 Reporte en materia de Contraloría Social (por ejemplo, este Informe) |  |
| <input type="checkbox"/> 5 Selección de las personas beneficiarias que integran el Comité       |  |

**19.- ¿Recomendaría participar en acciones de Contraloría Social en algún otro programa gubernamental?**

1 Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
 0 No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

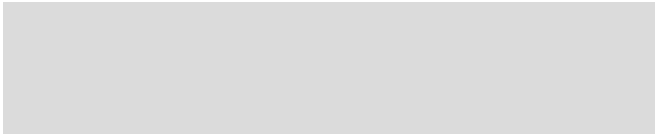
**20.- ¿Participaría en acciones de transparencia y rendición de cuentas para dar certeza a la sociedad sobre el uso y operación de los programas sociales y recursos públicos, a fin de evitar que los mismos sean utilizados con fines político-electorales?**

1 Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
 0 No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

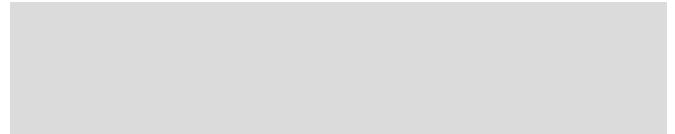
<sup>1</sup>Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

<sup>2</sup>Según el Manual Metodológico sobre Igualdad de Género publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación (UNESCO), la equidad de género se define como la imparcialidad en el trato que reciben mujeres y hombres de acuerdo con sus necesidades respectivas, ya sea con un trato igualitario o con uno diferenciado pero que se considera equivalente en lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, un objetivo de equidad de género a menudo requiere incorporar medidas encaminadas a compensar las desventajas históricas y sociales que arrastran las mujeres.

**FIRMAS**



**Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe**



**Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe**

**MECANISMOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS**

<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b> 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.</p>	<p><b>VÍA TELEFÓNICA</b> Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b> 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.</p>
<p><b>VÍA CORREO ELECTRÓNICO</b> contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</p>	<p><b>EN LA WEB</b> Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad <a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a> Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDE): <a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	

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"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Carrera Técnica	<input type="checkbox"/>	Doctorado	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Se desconoce	<input type="checkbox"/>

11) Ocupación

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

Ejecución del Programa  
Servicio Ofrecido

Condicionamiento del Apoyo  
Otros

17) ¿Esta relacionado con un Programa Público Federal?

Sí  No

#### DATOS DE QUEJA O DENUNCIA

18) ¿De qué Institución es el trámite/servicio o el personal con quien trató?

19) ¿Quería realizar un trámite y servicio? Sí  No

20) ¿Le solicitaron dinero o algo adicional? Sí  No

#### DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO

21) Nombre (s)

22) Apellidos

23) Dependencia

24) Cargo que desempeña

25) Adscripción

26) Trámite o servicio que motivó la petición

#### SEÑAS PARTICULARES

27) Sexo H  M

28) Señas Particulares

#### LOS HECHOS

Datos Generales de los Hechos

29) Entidad Federativa

30) 2Delegación/ Municipio

31) Localidad

32) Otros

33) Fecha de los hechos

34) Hora de los Hechos  :

35) Lugar Específico de los hechos

36) Narración de los hechos

**ELEMENTOS DE PRUEBA**

37) Pruebas Sí  No

38) Especificar

39) Testigos Sí  No

40) Nombre (s)

41) Teléfono

42) Domicilio

43) Nombre del Ciudadano Promoviente

44) Nombre de Quien Encuestó

45) Archivos electrónicos



**Anexo 9**  
**CONTROL DE QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA**  
**(PROFEXCE) 2020**



Nombre de la Universidad: \_\_\_\_\_

Mes del reporte: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No.	Nombre del comité o del grupo de Contraloría Social que presenta una queja y/o denuncia	Nombre del Programa Federal	Hecho manifestado	Fecha de recepción	Fecha de seguimiento	Funcionaria/o pública/o responsable de dar atención y seguimiento	Número de folio
1							
2							
3							
4							
5							

**Firmas**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del(la) servidor(a) público (a) que recibe este informe

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del (la) integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este informe