

ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL EJERCICIO FISCAL 2019

La elección de los integrantes del Comité de Contraloría Social se realizó por mayoría de votos (se anexa listado)", para dar constancia a la elección por mayoría de votos.

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de constitución
Comité de Contraloría Social del Programa de Apoyo Económico para prestadores de Servicio Social.		

Ejercicio Fiscal a Vigilar

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre y dirección de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Sexo (M/H)	Edad	Cargo	Firma o Huella Digital

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la constitución del Comité, así como copia del dictamen de beneficiarios)

Se promovió que la integración del CCS se realizé de forma equitativa entre hombres y mujeres

II. DATOS APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe:
Apoyo Económico para alumnos que concluyeron el Servicio Social

Ubicación o Dirección: _____

Delegación: _____

Monto del apoyo económico \$ _____ Duración del Servicio Social _____



SEMARNAT
SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE
Y RECURSOS NATURALES



CONTRALORÍA SOCIAL
Programa Inspección y Vigilancia del Medio
Ambiente y Recursos Naturales – Apoyo
Económico para Prestadores de Servicio Social.

II. FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Funciones:
Compromisos:
Instrumentos:

*Nombre, Cargo y firma del representante de la
Instancia Ejecutora*

*Nombre, Cargo y Firma del Representante del
Comité*

Los integrantes del comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las acciones de contraloría social durante la vigencia 2019, para lo cual utilizaremos los instrumentos proporcionados por el Programa, por lo que solicitamos el registro oficial del comité ante el Programa y asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro.



CONTRALORÍA SOCIAL
Programa Inspección y Vigilancia del Medio
Ambiente y Recursos Naturales – Apoyo
Económico para Prestadores de Servicio Social.

MINUTA DE REUNIÓN

DATOS DE LA REUNIÓN

Lugar Físico _____
Delegación: _____ Fecha: _____
Nombre del Programa: _____
Tipo de apoyo: _____

Descripción del apoyo:

--

Objetivo de la reunión:

--

RESULTADOS DE LA REUNIÓN

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité

--

2. Opiniones 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



SEMARNAT
SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE
Y RECURSOS NATURALES



CONTRALORÍA SOCIAL
Programa Inspección y Vigilancia del Medio
Ambiente y Recursos Naturales – Apoyo
Económico para Prestadores de Servicio Social.

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma



ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
Comité de Contraloría Social del Programa Inspección y Vigilancia del Medio Ambiente y Recursos Naturales – Apoyo Económico para Prestadores de Servicio Social.		

II. DATOS DE APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe: Apoyo Económico para alumnos que concluyeron el Servicio Social
Ubicación o Dirección: _____ Delegación: _____

NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombres de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	En su caso Firma o Huella Digital

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

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

NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital

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

Nombre, Cargo y firma del representante de la Instancia Ejecutora

Nombre, Cargo y Firma del Representante del Comité

ANEXO 3



SOLICITUD DE INFORMACIÓN

RESPONSABLE DEL LLENADO

(Integrante del Comité de Contraloría Social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre:	_____		
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 social que recibe :	_____		
Dependencia que lo proporciona:	_____		

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
_____	_____	_____

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 SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN SU ACUSE.

Nombre y firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información



CONTRALORÍA SOCIAL
Programa Inspección y Vigilancia del Medio
Ambiente y Recursos Naturales – Apoyo
Económico para Prestadores de Servicio Social.

FORMATO DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS
EJERCICIO FISCAL 2019

Fecha de Presentación:
Delegación:
Folio: (a llenar por la instancia que recibe el documento)
Contraloría Social del Programa de Apoyo Económico para prestadores de Servicio Social.

UBICACIÓN:

Dirección:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROMOVENTE:

Nombre completo:
Sexo:
Edad:
Teléfono y correo electrónico:
Marque con una X si es: Integrante <input type="checkbox"/> de Comité Beneficiario <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O DENUNCIA. SI LA QUEJA O DENUNCIA ES DE UN SERVIDOR PÚBLICO, ANOTAR NOMBRE, DELEGACIÓN Y CARGO

--