**ANEXO 1**

 PROGRAMA DE ABASTO RURAL DE DICONSA S.A. DE C.V.:

EJERCICIO FISCAL 2023

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Fecha de Constitución**  |
|   |
| **Domicilio donde se constituye el Comité:**  |
|   |

|  |
| --- |
| **Nombre del Comité de Contraloría Social** |
|   |
| **Clave de Registro**  |
|   |

1. **DATOS DEL SERVICIO DEL PROGRAMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio:**  |  |
| **Objetivo General:**  |   |
| **Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)** |   |
| **Localidad:** |   |
| **Municipio:** |   |
| **Estado:** |   |
| **Monto del servicio:** |   |
| **Duración del servicio:** |   |

1. **FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**Funciones:**

Solicitar información pública relacionada con la operación del Programa de Abasto Rural

Vigilar que:

* Se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del Programa.
* Los/as beneficiarios/as cumplan con los requisitos para tener ese carácter.
* Se cumpla con los períodos de ejecución de la entrega de los servicios.
* El programa no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa.
* El programa no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.
* El ejercicio de los recursos públicos para los servicios sea oportuno transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación.
* Exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de servicios.
* Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa.

**Mecanismos e instrumentos que utilizará para el ejercicio de sus actividades:**

La Dirección de Operaciones coordinará y dará seguimiento a las actividades de la Contraloría Social de las Instancias Ejecutoras verificando el cumplimiento del Programa Anual de Trabajo de Contraloría Social, Programa Estatal de Trabajo de Contraloría Social; asimismo supervisará el registro de información en el Sistema Informático de Contraloría Social.

De conformidad a la elección de beneficiarios/as el Comité de Contraloría Social estará integrada por:

1. **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono (Incluir lada)** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono (Incluir lada)** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono (Incluir lada)** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono(Incluir lada)** |   |
| **Domicilio:** |
| **Calle:** |   |
| **Numero:** |   |
| **Colonia:** |   |
| **CP:** |   |
| **Firma**  |  |
| **Nombre completo:** |   |
| **Sexo** |   |
| **Edad:** |   |
| **Cargo del integrante:** |   |
| **CURP:** |   |
| **Correo Electrónico:** |   |
| **Teléfono (Incluir lada)** |   |

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

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

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

ESCRITO POR EL QUE EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL SOLICITA SU REGISTRO ANTE EL PROGRAMA

Los integrantes del comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las acciones de contraloría social durante la vigencia del ejercicio 2022, para lo cual utilizaremos los instrumentos proporcionados por el Programa, por lo que solicitamos el registro oficial del comité en el Sistema Informático de Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública y asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

La Dirección de Operaciones de Diconsa, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?**

Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

|  |  |
| --- | --- |
| **Finalidad** | **¿Requieren consentimiento del titular?** |
| **NO** | **SI** |
| Recabar información sobre los integrantes del Comité de Contraloría Social | X |   |

**¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?**

Le informamos que realizamos las siguientes transferencias para las cuales requerimos de su consentimiento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |

Si no desea que sus datos personales se transfieran a los destinatarios y para las finalidades antes señaladas, podrá manifestarlo a continuación:

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los siguientes casos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** | **No se otorga consentimiento** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |   |

En caso de que consienta las siguientes transferencias, dado que para las mismas requerimos su consentimiento expreso, le solicitamos que lo manifieste a continuación:

Consiento que mis datos personales sean transferidos en los siguientes casos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** | **Otorgo consentimiento** |
| Secretaría de la Función Pública | Recabar información sobre los integrantes de los Comités de Contraloría Social en el Sistema de Información de Contraloría Social (SICS) |   |

Nombre y firma del titular:

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

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en: <https://www.gob.mx/diconsa/acciones-y-programas/contraloria-social-en-el-programa-de-abasto-rural>

Última actualización: 24/04/2023