



Anexo 2



ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de la Institución Educativa

I. DATOS GENERALES DE L COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

DATOS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Sexo (M/H)	Firma

(Adjuntar la lista con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la constitución del comité)

II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción del tipo de apoyo que se recibe :

Ubicación o Dirección:

Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Monto de la obra: _____

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

Funciones:

Compromisos:

Nombre, puesto y firma del Responsable de Contraloría Social de la Institución Educativa

Nombre y Firma del (la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Educativa

DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

DEPENDENCIA EDUCATIVA	COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: _____ Fecha: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Institución que ejecuta el programa: _____

Nombre del Programa: _____

Tipo de apoyo: _____

Descripción del apoyo:

Objetivo de la reunión:

PROGRAMA 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

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Institución/Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
Representante Federal				
Comité de Contraloría Social				
Beneficiario				



Anexo 4
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE
CONTRALORÍA SOCIAL



Nombre de la Institución Educativa _____

I. DATOS GENERALES DE L COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de l Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

--	--	--

II. DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra o del tipo de apoyo que se recibe :

--

Ubicación o Dirección: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Estado: _____

Monto de la obra: _____

NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre s de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)

Firma

--	--

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

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)

Firma

--	--

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

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

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

Nombre de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)

Firma

--	--

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

Nombre, puesto y firma del Responsable de Contraloría Social de la Institución Educativa

Nombre y Firma del(la) Representante del Comité de Contraloría Social en la Institución Educativa

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social





Anexo 5



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:	_____		
Dependencia que lo proporciona:	_____		

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

Nombre de l 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 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 Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información



1) Fecha de Interposición	<input type="text"/>		
2) Programa	<input type="text"/>		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROMOVENTE			
3) Anónimo	<input type="checkbox"/>		
4) Nombre	<input type="text"/>		
5) Apellido Paterno	<input type="text"/>		
6) Apellido Materno	<input type="text"/>		
7) Sexo	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
8) Edad	<input type="text"/>		
9) 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"/>		
10) 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"/>		
11) Razón Social	12) Teléfono	13) Correo Electrónico	14) Correspondencia <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TIPO DE HECHO			
15) Tipo de Hecho	Aplicación del Recurso <input type="checkbox"/> Ejecución del Programa <input type="checkbox"/> Servicio Ofrecido <input type="checkbox"/>	Uso con otros fines (lucro, político) <input type="checkbox"/> Condicionamiento del Apoyo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
16) ¿Esta relacionado con un Programa Público Federal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

DATOS DE QUEJA O DENUNCIA

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

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

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

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO DENUNCIADO

20) Nombre (s)

21) Apellidos

22) Dependencia

23) Cargo que desempeña

24) Adscripción

25) Trámite o servicio que motivó la petición

SEÑAS PARTICULARES

26) Sexo H M

27) Señas Particulares

LOS HECHOS

Datos Generales de los Hechos

28) Entidad Federativa

9) 2Delegación/ Municipio

30) Localidad

31) Otros

32) Fecha de los hechos

33) Hora de los Hechos

 :

34) Lugar Específico de los hechos

35) Narración de los hechos