Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

|  |
| --- |
|  |

****

**Acta de Registro del Comité de Contraloría Social en el PSBC 2021**

**Este formato lo llena el SEDIF**

|  |
| --- |
| **I.DATOS DEL PROGRAMA** |
| **Nombre del programa** | **Programa Salud y Bienestar Comunitario** | **Ejercicio fiscal**  | **2021** |
| **Instancia normativa**  | **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)** |
| **Instancia ejecutora** | Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia SEDIF *(colocar el Estado)* |
| **Apoyo por vigilar** | *Apoyos que recibirá el Grupo de Desarrollo*  |
| **Dirección de dirección de entrega de apoyos, obras y/o servicios** | *Calle, número, colonia, localidad, Municipio, Estado, C.P.* |

|  |
| --- |
| **II. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA**  |
| **Nombre del comité** | *Lo asigna el SEDIF (Ej. Comité Comunitario Las flores)* |
| **Id del Grupo de Desarrollo** | *Lo asigna el SNDIF (Ej. 64)* |
| **Fecha de constitución del Comité** | Día / Mes / Año |
| **Integrante no. 1 o representante** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, CURP, Domicilio (calle, número, colonia, C.P.), Cargo que fungirá dentro del comité y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social o del Representante* |
| **Integrante no. 2 o representante** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, CURP, Domicilio (calle, número, colonia, C.P.), Cargo que fungirá dentro del comité y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social o del Representante* |
| **Integrante no. 3 o representante** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, CURP, Domicilio (calle, número, colonia, C.P.), Cargo que fungirá dentro del comité y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social o del Representante* |

**\*Agregar el número de integrantes que se requiera.**

|  |
| --- |
| **III. Avisos, funciones y compromisos del Comité de Contraloría Social o representante** |
| **Aviso para los integrantes del Comité** | * La integración del comité deberá ser equitativa: de mujeres y hombres, cuando las(los) beneficiarias(os) se compongan de mujeres y hombres.
* Que la participación sea libre y voluntaria.
 |
| **Descripción de las funciones** | * Revisar que el apoyo llegue correctamente (en cantidad, tiempo y modo programados) a las (los) beneficiarias (os).
* Realizar un informe respecto a la aplicación de los Proyectos y/o capacitaciones según sea el caso. Financiados con el recurso federal del Ramo 33 o con otro recurso el cual designe el SEDIF.
* Firmar la relación de la entrega correcta de los insumos para la implentación de los proyectos o capacitaciones, verificando que se cumpla con lo establecido.
 |
| **Compromisos** | * Participar activamente en el grupo.
* Denunciar algun caso de irregularidad detectado en la aplicación del recurso.
* Darle seguimiento a las quejas y denuncias generadas por un incorrecto o inadecuado uso de los recursos públicos.
* Realizar material de difusión para promover las actividades de la contraloría social.
* Enviar evidencia fotográfica en la entrega de información de la contraloría social.
 |

**\*Los firmantes, como integrantes del comité, fueron electos por mayoría de votos.**

**Nombre y firma o huella de la/el integrante del comité**

**Nombre y firma o huella de la/el integrante del comité**

**Nombre y firma o huella de la/el Representante del CCS**