Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario**

**Acta de Conformación del Comité de Contraloría Social en el PSBC 2022**

**Este formato deberá ser llenado por el SEDIF.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DATOS DEL PROGRAMA** | | |
| **Nombre del programa: Programa de Salud y Bienestar Comunitario** | | **Ejercicio fiscal:** 2022 |
| **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)* | |
| **Tipo de Apoyo:** | *Proyecto o capacitación que recibirá el GD* | |
| **Dirección de entrega de apoyos, obras y/o servicios:** | *Calle, número, colonia, localidad, municipio, estado, c.p.* | |
| **II. 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, siempre y cuando las personas integrantes del grupo de desarrollo se compongan de mujeres y hombres. * Que la participación sea libre y voluntaria. | | |
| **Descripción de las actividades** | * Revisar que el apoyo llegue correctamente (en cantidad, tiempo y modo programados) a las personas beneficiarias. * Vigilar que los insumos recibidos se mantengan en un lugar seguro y sean cuidados por los demás integrantes. * Realizar un informe respecto a la aplicación de los proyectos y/o capacitaciones según sea el caso. financiados con el recurso federal del Ramo General 33. * Firmar la relación de la entrega correcta de los insumos para la implementación de los proyectos o capacitaciones, verificando que se cumpla con lo establecido. | | |
| **Compromisos** | * Participar activamente en el grupo. * Denunciar algún caso de irregularidad detectado en la aplicación del recurso. | | |
| **III. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA** | | | |
| **Nombre de la localidad del Grupo de Desarrollo:** | *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 | | |
| **Representante del Comité** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, actividades asignadas.* | | |
| **Integrante núm. 1** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, actividades asignadas.* | | |
| **Integrante núm. 2** | *Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, actividades asignadas.* | | |

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

**Nombre y firma o huella de la/el Integrante 1 del CCS**

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

**Nombre y firma o huella de la/el Integrante 2 del CCS**