



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



COLIMA
Gobierno del Estado

DIF
ESTATAL COLIMA



**CONTRALORÍA
SOCIAL**

ANEXO II

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
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 DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Apoyo, obra o servicio:	
Objetivo General:	
Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)	
Localidad:	
Municipio:	
Estado:	
Monto de la obra, apoyo o servicio:	
Duración de la obra, apoyo o servicio	

2) FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



COLIMA
Gobierno del Estado

DIF
ESTATAL COLIMA



Funciones:

Solicitar Información y 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 apoyos y/o 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 apoyos y/o 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 apoyos y/o servicios.
- Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa.
- Vigilar que el programa no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.

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

Los Mecanismos e instrumentos que utilizará por el Comité de Contraloría Social del Programa de atención a Personas con Discapacidad para el ejercicio de sus actividades son los siguientes:

1. Cuaderno de Trabajo para el CCS, incluido como documento de apoyo.
2. Ficha Informativa (Anexo III) que correspondan al proyecto ejecutado en el marco del Programa.
3. Tríptico de Contraloría Social del PAPCD
4. Solicitud de Información (Anexo VIII), con la finalidad, de que en cualquier momento los integrantes del Comité puedan solicitar información al servidor público sobre algún tema de particular interés.
5. Informe del Comité de Contraloría Social (Anexo IV), Documento en el que el Comité reporta los resultados de las actividades de Contraloría Social en el marco del Programa.

6. Formato de quejas y denuncias (Anexo IX), Instrumento en que los CCS captaran las quejas y denuncias que la Población Objetivo Beneficiada tenga sobre el Programa.
7. Minuta (Anexo V) y lista de asistencia de reuniones (Anexo VI), las cuales se deberá firmar por lo menos, por un servidor público, un integrante del CCS y de un beneficiario.

Documentación que acredita la calidad de Beneficiario:

Los beneficiarios o Población Objetivo Beneficiada del Programa de Atención a Personas con Discapacidad son todas aquellas personas que reciben del Programa apoyos en especie como donación de ayudas funcionales (silla de ruedas, aparatos auditivos, órtesis, prótesis, etc.) o servicios como consultas médicas especializadas, rehabilitación, capacitación, etc.

Po lo anterior, la acreditación de la calidad de beneficiarios se realizara mediante cualquier documento que ampare los apoyos de un bien o servicio en el marco de Programa.

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

3) 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)	
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 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.

***Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.***

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".