



Programa de Capacitación 1

COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL

2024



GOBIERNO DE
MÉXICO

EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS DEL PROGRAMA Y BENEFICIO A VIGILAR





GOBIERNO DE
MÉXICO

EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

PROGRAMAS PARA EL
BIENESTAR

La ESCUELA Es NUESTRA

Es un programa que entrega recursos monetarios directos a las comunidades escolares de los planteles de educación básica pública por conducto del **Comité de Administración Participativa (CEAP)** para que mejoren sus servicios escolares, equipen, rehabiliten y/o amplíen las condiciones físicas del plantel.



COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL



Los Comités Escolares de Administración Participativa y los Comités de Contraloría Social se conforman en asamblea de la comunidad escolar, mediante la cual sus integrantes se organizan, analizan y deciden sobre la designación de las personas integrantes.



Los comités tendrán vigencia de un ejercicio fiscal.

Los **Comités de Contraloría Social**

se registrarán a través del Formato de Acta de Constitución del Comité de Contraloría Social, en donde se especificará como mínimo el nombre del Programa, el ejercicio fiscal del que se trate, nombre y domicilio del plantel de educación básica pública.



LOS BENEFICIOS A VIGILAR SON APOYOS: MONETARIO /ECONOMICO



Ampliación y/o rehabilitación



Equipamiento



Horario Extendido



Servicio de Alimentación

El recurso es administrado por el Comité de Administración Participativa (CEAP), por conducto de su tesorera y lo podrán utilizar en:



FORMATOS DE LA GUÍA OPERATIVA DE CONTRALORÍA SOCIAL



ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Este formato se llena, junto con el de **Minuta de Reunión del Comité de Contraloría Social**, al constituirse la Asamblea del CEAP.



ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL / ESCRITO LIBRE

PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA EJERCICIO FISCAL 2024

Fecha de constitución: __/__/__

Nombre del Comité de Contraloría Social

Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa

¿El Comité de Contraloría Social fue constituido en años anteriores? Sí ___ No ___

Domicilio donde se constituye el Comité

Entidad federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Calle:	
Número:	
Colonia:	
Código Postal:	

Datos del beneficio a vigilar

Nombre del beneficio:	Monetario/ Financiero		
Tipo de beneficio:			
Número de personas beneficiarias:	Hombres:	Mujeres:	Total:
Entidad federativa:			
Municipio:			
Localidad:			
Comentarios:			
Presupuesto asignado al beneficio:			
Fecha de ejecución del beneficio:			

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA EJERCICIO FISCAL 2024

Fecha de reunión: __/__/__

Tipo de reunión: Virtual ___ Presencial ___ Mixta ___

Lugar de la reunión:

Entidad Federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Motivo de la reunión:	

Temas tratados:

Acuerdos de la reunión:

Descripción del acuerdo	Responsable del acuerdo	Fecha compromiso

¿Se recibieron quejas o denuncias en la reunión? Sí ___ No ___

¿Fue presentada ante alguna autoridad? Sí ___ No ___

¿A quién (es) fue presentada?

<input type="checkbox"/> Vía correspondencia a la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> Vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> De manera presencial en la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)	

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

- A** En “Nombre del comité de contraloría” llenar con el ID Inmueble-CCTs
- B** En la “Clave del Comité” poner la asignada por el Programa: (ejemplo: 01-01INM_00001-1)
- C** “¿El Comité de Contraloría Social fue constituido en años anteriores? Sí ___ No ___”
Se refiere a si el Comité que se constituyó es el mismo del año anterior



FUNCIÓN PÚBLICA | EDUCACIÓN | BIENESTAR | PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR | CONTRALORÍA SOCIAL

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL / ESCRITO LIBRE

PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA EJERCICIO FISCAL 2024

Fecha de constitución: ___/___/___

A Nombre del Comité de Contraloría Social

B Clave del Comité asignada por la Instancia Normativa del Programa

C ¿El Comité de Contraloría Social fue constituido en años anteriores? Sí ___ No ___

Domicilio donde se constituye el Comité

Entidad federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Calle:	
Número:	
Colonia:	
Código Postal:	

Datos del beneficio a vigilar

Nombre del beneficio:	Monetario/ Financiero		
Tipo de beneficio:			
Número de personas beneficiarias:	Hombres:	Mujeres:	Total:
Entidad federativa:			
Municipio:			
Localidad:			
Comentarios:			
Presupuesto asignado al beneficio:			
Fecha de ejecución del beneficio:			

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

LA ESCUELA ES NUESTRA

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En esta sección se colocan los
datos del Facilitador Autorizado.



Datos de la persona servidora pública que apoya en la constitución del Comité

Nombre

Cargo

Firma

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA



ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En “Nombre del comité de contraloría”
llenar con el ID Inmueble-CCTs

En la “Clave del Comité” poner la asignada
por el Programa: (ejemplo: 01-01INM_00001-1)



FUNCIÓN PÚBLICA | EDUCACIÓN | BIENESTAR | PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR | CONTRALORÍA SOCIAL

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ

PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA EJERCICIO FISCAL 2024

Fecha de sustitución: __/__/__

Nombre del Comité de Contraloría Social:

Clave del Comité asignada por la Unidad Responsable del Programa

Integrantes del Comité de Contraloría Social a sustituir

Nombre completo:	
Sexo:	
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	

Integrante(s) del Comité de Contraloría Social nuevo(s)

Nombre completo:	
Sexo:	
Edad:	
Cargo del integrante:	
Correo electrónico:	
Teléfono (incluir lada):	
Firma:	

SEÑALE EL MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:

<input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito libre dirigido a los miembros del Comité (se anexa escrito)	
<input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del programa (se anexa minuta)	
<input type="checkbox"/> Muerte de la persona integrante	
<input type="checkbox"/> Pérdida del carácter de persona beneficiaria del programa	
<input type="checkbox"/> Acuerdo del Comité tomado por mayoría de votos (se anexa minuta)	
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique): _____	

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En “motivo de la reunión” señalar:

1

Capacitación y constitución del comité de Contraloría Social y/o

2

Recopilar el informe de comité de contraloría social y asesorar sobre su llenado



FUNCIÓN PÚBLICA | EDUCACIÓN | BIENESTAR | PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR | CONTRALORÍA SOCIAL

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA EJERCICIO FISCAL 2024

Fecha de reunión: __/__/__

Tipo de reunión: Virtual _____ Presencial _____ Mixta _____

Lugar de la reunión:

Entidad Federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Motivo de la reunión:	

Temas tratados:

Acuerdos de la reunión:

Descripción del acuerdo	Responsable del acuerdo	Fecha compromiso

¿Se recibieron quejas o denuncias en la reunión? Sí ____ No ____

¿Fue presentada ante alguna autoridad? Sí ____ No ____

¿A quién (es) fue presentada?

<input type="checkbox"/> Vía correspondencia a la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> Vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> De manera presencial en la Secretaría de la Función Pública	
<input type="checkbox"/> Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)	

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En “Nombre del comité de contraloría social y clave proporcionada por el Programa” llenar con:

- Nombre del CCS (ID Inmueble-CCTs)
- Clave (ejemplo: 01-01INM_00001-1)



FUNCIÓN PÚBLICA | EDUCACIÓN | BIENESTAR | PROGRAMAS PARA EL BIENESTAR | CONTRALORÍA SOCIAL

Mecanismos establecidos por el programa	
Mecanismos de los Órganos Internos de Control	
Mecanismos de los Órganos Estatales de Control	
Otro (especifique):	

Nombre de los comités de contraloría social y clave proporcionada por el Programa:

Comités de Contraloría Social participantes:

Comentarios:

Resumen de participantes			
Figura participante:	Número de hombres	Número de mujeres	Total
Persona servidora pública federal			
Persona servidora pública estatal			
Persona servidora pública municipal			
Integrantes de Comité			
Personas beneficiarias			
Otra Figura			
Total			

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

EJERCICIO FISCAL 2024 | PROGRAMA LA ESCUELA ES NUESTRA

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

En el apartado de “personas servidoras públicas” llenar lo correspondiente a “federal”:

- Nombre – Apellido 1 – Apellido 2
- Cargo: Facilitador Autorizado



LISTAS DE PARTICIPANTES:

Personas servidoras públicas federales				
Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Personas servidoras públicas estatales				
Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

Persona servidoras públicas municipales				
Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma


Integrantes del Comité de Contraloría Social				
Nombre	Cargo	Hombre	Mujer	Firma

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

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Al finalizar la ejecución del recurso otorgado por el PLEEN, el Vocal de Transparencia, en conjunto con el CEAP **contesta el Informe Final del Comité de Contraloría Social.**

Si por razones excepcionales no hay Vocal de Transparencia, cualquier integrante del CEAP podrá **contestar este informe.**



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
Programa La Escuela es Nuestra
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: _____
Obra, apoyo o servicio vigilado: _____

Período que comprende el Informe: Día: [] [] [] Mes: [] [] Año: [] [] []
Fecha de llenado del Informe: Día: [] [] Mes: [] [] Año: [] [] []
Clave de la Entidad Federativa: [] [] [] [] [] []
Clave del Municipio o Alcaldía: [] [] [] [] [] []
Clave de la Localidad: [] [] [] [] [] []

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción que correspondan a su opinión.

1.- ¿Recibieron información del programa por parte de la persona servidora pública responsable del mismo? En caso de que su respuesta sea "No", pasen a la pregunta 4.

0 No 1 Sí

2.- La información recibida sobre el programa está relacionada con:

	No	Sí	
21	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué es la Contraloría Social y las actividades a realizar?
22	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Las características y montos del beneficio otorgado?
23	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Periodo de ejecución y fechas de entrega del beneficio otorgado?
24	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Los requisitos para la entrega del beneficio otorgado por el programa?
25	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿La población a la que va dirigido el programa?
26	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Los datos de contacto de los responsables del programa?
27	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias?
28	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias?

3.- Consideran que la información recibida por el responsable del programa fue:

	No	Sí	
31	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara
32	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada
33	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
34	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oportuna

4.- Respecto al beneficio otorgado por el programa, indiquen si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:

	No	Sí	No aplica	
41	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Les fue entregado completo el beneficio?
42	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
43	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, sus familias o para ustedes?
44	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Les fue condicionada la entrega del beneficio a ustedes o a un conocido?
45	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

5.- En caso de que hayan presentado una queja o denuncia, señalen los mecanismos o medios que utilizaron para presentarla. En caso contrario, pasen a la pregunta 7.

	No	Sí	
51	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vía correspondencia a la Secretaría de la Función Pública
52	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública
53	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	De manera presencial en la Secretaría de la Función Pública
54	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
55	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el programa
56	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
57	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

6.- ¿Recibió respuesta a su queja o denuncia?

0 No 1 Sí

7.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre mujeres y hombres en la integración del Comité?

1 No 2 Sí 3 No aplica

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL



[Empty rectangular box for the signature of the Authorized Facilitator]

Nombre y firma de la persona servidora pública
que recibe este Informe

Firma el **Facilitador Autorizado**



[Empty rectangular box for the signature of the President or Transparency Vocal of the Social Control Committee]

Nombre y firma de la persona integrante del Comité
de Contraloría Social que entrega este Informe

Firma el **Presidente o Vocal de
Transparencia del CCS**





EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



¡GRACIAS!