**ANEXO II**

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL**

EJERCICIO FISCAL: 2022

**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  |  |

1. **FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**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:**

* 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 PSASI.
	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:**

La Población Objetivo Beneficiada del PSASI deberán ser personas sujetas de asistencia social personas adultas mayores, funcionales física y mentalmente que se encuentran en riesgo o desamparo y que ingresan de manera voluntaria a cualquiera de las modalidades de atención que se brindan en los centros gerontológicos.

Por lo anterior, se acreditará como beneficiario de PSASI toda persona Adulta Mayor que reciba un servicio en los Centros Gerontológicos a cargo del Sistema Nacional DIF.

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

1. **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".***