

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
EJERCICIO FISCAL: 2024**

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL / ESCRITO LIBRE

| | |
|--|-------------|
| Fecha de constitución: | día/mes/año |
| 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: | | | | | |
| Tipo de beneficio: | Apoyo: | | Obra: | | |
| Número de personas beneficiarias: | Hombres: | | Mujeres: | | Total: |
| Entidad federativa: | | | | | |
| Municipio: | | | | | |
| Localidad: | | | | | |

| | |
|---|--|
| Comentarios: | |
| Presupuesto asignado al beneficio: | |
| Fecha de ejecución del beneficio: | |

| Integrantes del Comité de Contraloría Social | |
|---|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|-------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |

| | |
|---------------------------------|--|
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre completo: | Nombre (s) Apellido 1 Apellido 2 |
| Sexo: | Hombre / Mujer |
| Edad: | |
| Cargo del integrante: | |
| Correo electrónico: | |
| Teléfono (incluir lada): | |
| Firma: | |

LOS COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA PODRÁN REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

I. Solicitar a la Instancia Normativa, o a las instancias ejecutoras la información pública relacionada con la operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad (PAPCD);

II. Vigilar que:

- a) Se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal.
- b) El ejercicio de los recursos públicos para los beneficios otorgados por el programa federal sea oportuno, transparente, observante de las Reglas de Operación del PAPCD y, en su caso, de la normativa aplicable.
- c) Las personas beneficiarias del PAPCD cumplan con los requisitos de acuerdo con la normativa aplicable.
- d) Se cumpla con los periodos de ejecución y entrega de los beneficios.
- e) Exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de los beneficios.
- f) El PAPCD no se utilice con fines políticos, electorales, de promoción personal, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal.
- g) El PAPCD se ejecute en un marco de igualdad entre mujeres y hombres.
- h) Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el PAPCD.

III. Elaborar informes de los resultados de las actividades de operación de la contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos, y

IV. Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución del PAPCD, recabar la información de estas y canalizarlas a las autoridades competentes para su atención.

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.

- 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.
- 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.
- 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 podrá conformar el CCS o en su caso podrá hacer extensiva la invitación a las personas que deseen participar y que, en su caso, podrán ser: familiares, tutores o representantes legales de las Personas con Discapacidad que por su condición o edad no puedan formar parte de los CCS.

| Datos de la persona servidora pública que apoya en la constitución del comité |
|--|
| Nombre: |
| Cargo: |
| Firma |

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 actividades de contraloría social durante el ejercicio fiscal 2024, por lo que asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro conforme a lo dispuesto en el artículo 70 del reglamento de la Ley General de Desarrollo Social.

*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".