



ANEXO 2

**Vertiente de Regularización y Certeza Jurídica del Programa de Mejoramiento Urbano (PMU)
Ejercicio Fiscal 2022**

ESCRITO LIBRE / ACTA DE CONSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:

| |
|--|
| Fecha de Constitución |
| Domicilio donde se constituye el Comité: |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |
| Clave de Registro |

DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

| | |
|--|--|
| Apoyo, obra o servicio: | |
| Objetivo General: | |
| Domicilio: (calle, número, colonia, código postal) | |
| Localidad: | |
| Municipio: | |
| Estado: | |
| Monto de la obra, apoyo o servicio: | |
| Duración de la obra, apoyo o servicio | |

FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Funciones:

Solicitar Información

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.

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

Así mismo manifiesto que utilizaré como mecanismos e instrumentos para el ejercicio de mis actividades los documentos de trabajo o Anexos para la operación de la Contraloría Social los cuales me fueron proporcionados por la Instancia Ejecutora. En ellos se recopila información sobre mis actividades de vigilancia



y seguimiento del programa del cual soy beneficiario. De igual manera autorizo para que estos documentos, de ser necesario, se anexasen al informe anual del Comité de Contraloría Social.

Para acreditar mi calidad de Beneficiario se cuenta con mi registro en el Padrón de Beneficiarios del programa.

Por último, manifiesto que cuento con la información suficiente que me permitirá realizar mis actividades de vigilancia del programa, acordes a mis responsabilidades como Comité de Contraloría Social; y que en la conformación de los comités de contraloría social se promovió la integración de manera equitativa entre hombres y mujeres.

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

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 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.

En cumplimiento a lo establecido por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento, así como los Lineamientos del Aviso de Privacidad, el INSUS, con domicilio en Liverpool 80, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Tel. 01 800 2 26 73 88, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos que los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos como medio de identificación para el servicio que solicita; asimismo, le informamos que Usted podrá ejercer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), así como derechos de revocación y/o limitación del uso o divulgación de sus Datos Personales, contactando directamente al área responsable del tratamiento de Datos Personales.

Para ver el aviso de privacidad completo, favor de ingresar a la siguiente dirección electrónica gob.mx/privacidad.

