



**CONTRALORÍA SOCIAL EN EL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO  
PRESENCIAL**

**CS-01**

|                                    |  |              |    |      |
|------------------------------------|--|--------------|----|------|
| <b>SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO</b> |  | <b>FECHA</b> |    |      |
|                                    |  | DD           | MM | AAAA |

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <b>SUBPROGRAMA</b>                              |  |   |  |  |
| Intermediación Laboral <input type="checkbox"/> | Movilidad Laboral <input type="checkbox"/> | Servicios Auxiliares <input type="checkbox"/> | Abriendo Espacios <input type="checkbox"/> | Programas Complementarios <input type="checkbox"/> |

| Nombre Estrategia/Apoyo | No. Único Acción | Fecha Inicio | Fecha Término | No. Inscritos |
|-------------------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
|                         |                  |              |               |               |

|                                       |                               |  |                             |  |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--|
| <b>Acciones de Contraloría Social</b> | <b>Duración de la Plática</b> |  | <b>Material de difusión</b> |  |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|--|

| No. | Nombre | Plática de Contraloría Social |       |
|-----|--------|-------------------------------|-------|
|     |        | Fecha                         | Firma |
| 1   |        |                               |       |
| 2   |        |                               |       |
| 3   |        |                               |       |
| 4   |        |                               |       |
| 5   |        |                               |       |
| 6   |        |                               |       |
| 7   |        |                               |       |
| 8   |        |                               |       |
| 9   |        |                               |       |
| 10  |        |                               |       |
| 11  |        |                               |       |
| 12  |        |                               |       |
| 13  |        |                               |       |
| 14  |        |                               |       |
| 15  |        |                               |       |



| No.   | Nombre | Plática de Contraloría Social |       |
|---|--------|-------------------------------|-------|
|   |        | Fecha                         | Firma |
| 16  |        |                               |       |
| 17  |        |                               |       |
| 18  |        |                               |       |
| 19  |        |                               |       |
| 20  |        |                               |       |
| 21  |        |                               |       |
| 22  |        |                               |       |
| 23  |        |                               |       |
| 24  |        |                               |       |
| 25  |        |                               |       |
| 26  |        |                               |       |
| 27  |        |                               |       |
| 28  |        |                               |       |
| 29  |        |                               |       |
| 30  |        |                               |       |
| <b>Nombre de la persona que impartió la plática de Contraloría Social</b> |        | <b>Firma</b>                  |       |
|   |        |                               |       |



**PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO**  
Ejercicio fiscal: **2023**

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL</b> | <b>ACCCS-02</b> |
|--|-----------------|

|   |   |
|---|---|
| Fecha de constitución   | DD/MM/AAAA                              |
| Domicilio donde se constituye el Comité   |   |
| Calle, No. Ext., No. Int., Colonia o Localidad, Código Postal, Municipio, Entidad |   |
| Nombre del Comité de Contraloría Social   | De acuerdo a la clave en Guía Operativa |
| Clave de Registro SICS  | Emitida por el SICS                     |

**DATOS DEL PROGRAMA**

|  |  |
|--|--|
| Apoyo, obra o servicio:                            | Servicios de información, asesoría y orientación para facilitar su vinculación en los puestos disponibles, los cuales, de conformidad con el perfil requerido, se promueven de manera igualitaria entre mujeres y hombres, con base en los parámetros que establecen las Reglas de Operación y, en su caso, la normatividad aplicable de los Programas Complementarios a los que pudieran ser canalizados. |
| Objetivo General:                                  | Apoyo para la búsqueda de empleo.  |
| Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal) |  |
| Localidad:   |  |
| Municipio:   |  |
| Estado:  |  |
| Monto de la obra, apoyo o servicio:                | <b>No aplica.</b> A través del PAE, no se entregan apoyos económicos.  |
| Duración de la obra, apoyo o servicio              |  |

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

**Funciones**

- 1) Solicitar Información
- 2) 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.
  - 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:**

(Describir los mecanismos e instrumentos que utilizará para el ejercicio de sus actividades)

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Documentación que acredita la calidad de Beneficiario</b> | Registro en los sistemas del SNE. |
|--|-----------------------------------|

**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Nombre completo |  |
|-----------------|--|



|                     |                    |           |                   |                      |              |
|---------------------|--------------------|-----------|-------------------|----------------------|--------------|
| Sexo                | Fem/Masc           | Edad      | ## años.          | Cargo del integrante |              |
| CURP                | XXXX#####XXXXXX##  |           | Teléfono con lada |                      | XXX-XXX-XXXX |
| Correo Electrónico: | correo@electronico |           |                   |                      |              |
| Domicilio           | Calle              |           |                   | No. Ext.             | No. Int.     |
|                     | C.P.               | Municipio |                   | Entidad              |              |
| Firma               |                    |           |                   |                      |              |
| Nombre completo     |                    |           |                   |                      |              |
| Sexo                | Fem/Masc           | Edad      | ## años.          | Cargo del integrante |              |
| CURP                | XXXX#####XXXXXX##  |           | Teléfono con lada |                      | XXX-XXX-XXXX |
| Correo Electrónico: | correo@electronico |           |                   |                      |              |
| Domicilio           | Calle              |           |                   | No. Ext.             | No. Int.     |
|                     | C.P.               | Municipio |                   | Entidad              |              |
| Firma               |                    |           |                   |                      |              |
| Nombre completo     |                    |           |                   |                      |              |
| Sexo                | Fem/Masc           | Edad      | ## años.          | Cargo del integrante |              |
| CURP                | XXXX#####XXXXXX##  |           | Teléfono con lada |                      | XXX-XXX-XXXX |
| Correo Electrónico: | correo@electronico |           |                   |                      |              |
| Domicilio           | Calle              |           |                   | No. Ext.             | No. Int.     |
|                     | C.P.               | Municipio |                   | Entidad              |              |
| Firma               |                    |           |                   |                      |              |

Servidor Público de la OSNE **Entidad** que emite la constancia de registro  
(Nombre, cargo y firma)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**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 2023, 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.

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

La recolección de datos personales se lleva a cabo a través de la página electrónica <https://vun.empleo.gob.mx/contenido/publico/segob/candidato/identificacionCandidato.jsf> cuyo administrador y responsable del tratamiento en la Unidad del Servicio Nacional de Empleo (USNE) de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Los datos personales que se recaban serán utilizados con la finalidad de acceder a la intermediación laboral hasta la posible colocación en una actividad productiva.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en el portal <https://vun.empleo.gob.mx/contenido/publico/segob/avisoPrivacidadIntegralCandidato.jsf>.

\* La presente Acta de Constitución, se considera como evidencia de la capacitación impartida a los integrantes del Comité, para el desempeño de las Actividades de operación de Contraloría Social.

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**
**PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO**
**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA**
**IC-03**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: \_\_\_\_\_

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Periodo que comprende el Informe:

 Del            
DÍA MES AÑO  
 Al            
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: \_\_\_\_\_

**EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción u opciones que correspondan a su opinión.

**1.- La información que recibió respecto al Programa por el responsable del mismo está relacionada con:**

|     | No                       | Sí                                  |   |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|---|
| 1.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | La Contraloría Social                                     |
| 1.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Las características y montos del beneficio otorgado       |
| 1.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa |
| 1.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | La población a la que va dirigido el Programa             |

|     | No                       | Sí                                  |   |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|---|
| 1.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los datos de contacto de los responsables del Programa      |
| 1.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| 1.7 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias     |

**2.- Considera que la información recibida por el responsable del programa fue:**

|     | No                       | Sí                                  |          |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|----------|
| 2.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Clara    |
| 2.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuada |

|     | No                       | Sí                                  |          |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|----------|
| 2.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Útil     |
| 2.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Oportuna |

**3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:**

|     | No                                  | Sí                       | No aplica                |   |
|-----|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 3.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?                          |
| 3.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue entregado completo el beneficio?  |
| 3.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?                                 |
| 3.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?                                      |
| 3.5 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?                           |
| 3.6 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?                                      |
| 3.7 | <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? |

**4.- Durante o al final de sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad en el Programa?**
 No (pase a la pregunta 5)  Sí

**4.1.- Si fue testigo de alguna irregularidad en el Programa:**

 Especifique cuál: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.- ¿Conoce los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?**

|     | No                       | Sí                                  |  |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|--|
| 5.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 5.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)                      |
| 5.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 5.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 5.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control                          |
| 5.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Estatales de Control                         |

**6.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria u otro integrante del Comité, presentó o presentaron una queja/denuncia/alerta sobre el Programa?**
 No (Pase a la pregunta 9)  Sí

**7.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta.**

|     | No                       | Sí                                  |  |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|--|
| 7.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 7.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)                      |
| 7.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 7.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 7.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control                          |
| 7.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Estatales de Control                         |

**8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?**  No  Sí

**9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité?**  No  Sí  No aplica

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

10.- ¿El Comité de Contraloría Social realizó las siguientes actividades?

|      | No                       | Sí                       |   |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 10.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?  |
| 10.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?   |
| 10.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?                     |
| 10.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 10.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?   |
| 10.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?  |
| 10.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?  |
| 10.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?   |

11.- En su experiencia, ¿para qué cree que sirvió participar en actividades de Contraloría Social?

|      | No                       | Sí                       |   |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 11.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Para mejorar el funcionamiento del Programa   |
| 11.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa                        |
| 11.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa                                 |
| 11.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones |
| 11.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias   |
| 11.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detectar y prevenir irregularidades   |
| 11.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No se le encontró utilidad  |

12.- Según su experiencia, ¿son susceptibles de mejora los siguientes aspectos en el proceso de la Contraloría Social?

|      | No                       | Sí                       |   |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 12.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conformación de Comités de Contraloría Social                               |
| 12.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa |
| 12.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social  |
| 12.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados                 |
| 12.5 | Otro:                    |                          |   |

13.- El beneficio del Programa se encuentra (seleccione sólo una respuesta):

|                          |   |            |                          |   |                       |
|--------------------------|---|------------|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Iniciado   | <input type="checkbox"/> | 4 | Terminado o entregado |
| <input type="checkbox"/> | 2 | En proceso | <input type="checkbox"/> | 5 | Cancelado             |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Suspendido | <input type="checkbox"/> | 6 | No sé                 |

14.- En caso de que el beneficio del Programa se encuentra suspendido o cancelado indique el motivo:

|                          |   |                           |                          |   |                              |
|--------------------------|---|---------------------------|--------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Fenómenos naturales       | <input type="checkbox"/> | 5 | Contingencia sanitaria       |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Conflicto social          | <input type="checkbox"/> | 6 | No sé                        |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Cuestiones de inseguridad | <input type="checkbox"/> | 7 | No aplica                    |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Problemas económicos      | <input type="checkbox"/> | 8 | Incumplimiento de requisitos |

15.- El Órgano Estatal de Control realizó alguna de las siguientes actividades con el Comité:

|      | No                       | Sí                       | No sé                    |   |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 15.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistió a la constitución del Comité            |
| 15.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proporcionó capacitación                        |
| 15.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proporcionó material de difusión                |
| 15.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apoyó en la recopilación del informe del Comité |
| 15.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recopilación y atención de quejas y denuncias   |

FIRMAS

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

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad<br/><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECC)<br/><a href="https://sidecc.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidecc.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p> | <p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 800 11 28 700<br/>y Ciudad de México 55 2000 2000</p> | <p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.</p> |
| <p><b>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</b></p> <p>Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán remitir información que consideren pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: <a href="mailto:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>                    |  |  |



**PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO**  
Ejercicio fiscal: **2023**

|   |                |  |                   |
|---|----------------|--|-------------------|
| <b>MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL</b> |                |  | <b>MR-06</b>      |
| <b>Tipo de Reunión</b>                                    | <b>Virtual</b> |  | <b>Presencial</b> |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Fecha de la Reunión  | DD/MM/AAAA |
| Lugar de la Reunión  |            |
| Entidad              |            |
| Municipio            |            |
| Localidad            |            |
| Motivo de la Reunión |            |

**1. FUNCIONARIOS QUE ASISTIERON**

| <b>Nombre del Funcionario</b> | <b>Cargo</b> | <b>Firma</b> |
|-------------------------------|--------------|--------------|
|                               |              |              |
|                               |              |              |
|                               |              |              |
|                               |              |              |
|                               |              |              |
|                               |              |              |
|                               |              |              |

**2. BENEFICIARIOS QUE ASISTIERON**

| <b>Nombre del Beneficiario</b> | <b>Firma</b> |
|--------------------------------|--------------|
|                                |              |
|                                |              |
|                                |              |
|                                |              |
|                                |              |
|                                |              |

**3. COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE ASISTIERON**

| <b>NOMBRES DE LOS COMITÉS</b> |
|-------------------------------|
|                               |
|                               |
|                               |
|                               |
|                               |
|                               |



| INTEGRANTES DE LOS COMITÉS QUE ASISTIERON         |                         |                     |
|---|-------------------------|---------------------|
| Nombre del Integrante del Comité                  | Asistió                 | Firma               |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
| 4. TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN                   |                         |                     |
| Describir los temas tratados en la reunión        |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
| 5. ACUERDOS                                       |                         |                     |
| Descripción del acuerdo                           | Responsable del Acuerdo | Fecha de Compromiso |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
|   |                         |                     |
| <b>Firma</b>                                      |                         |                     |
| <b>Servidor Público responsable de la reunión</b> |                         |                     |
| <b>Cargo del Servidor Público</b>                 |                         |                     |
| <b>Teléfono</b>                                   |                         |                     |
| <b>Correo</b>                                     |                         |                     |





**PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO**  
Ejercicio fiscal: **2023**

| ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉ                                      |                   |  |                   |                      | ASIC-11      |
|---|-------------------|--|-------------------|----------------------|--------------|
| Fecha de Sustitución  |                   | DD/MM/AAAA   |                   |                      |              |
| Domicilio donde se constituye el Comité   |                   |  |                   |                      |              |
| Calle, No. Ext., No. Int., Colonia o Localidad, Código Postal, Municipio, Entidad |                   |  |                   |                      |              |
| Nombre del Comité de Contraloría Social   |                   | De acuerdo a la clave en Guía Operativa  |                   |                      |              |
| Clave de Registro SICS  |                   | Emitida por el SICS  |                   |                      |              |
| <b>DATOS DEL PROGRAMA</b>   |                   |  |                   |                      |              |
| Apoyo, obra o servicio:   |                   | Servicios de información, asesoría y orientación para facilitar su vinculación en los puestos disponibles, los cuales, de conformidad con el perfil requerido, se promueven de manera igualitaria entre mujeres y hombres, con base en los parámetros que establecen las Reglas de operación y, en su caso, la normatividad aplicable de los Programas Complementarios a los que pudieran ser canalizados. |                   |                      |              |
| Objetivo General:   |                   | Apoyo para la búsqueda de empleo.  |                   |                      |              |
| Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)                                |                   |  |                   |                      |              |
| Localidad:  |                   |  |                   |                      |              |
| Municipio:  |                   |  |                   |                      |              |
| Estado:   |                   |  |                   |                      |              |
| Monto de la obra, apoyo o servicio:   |                   | <b>No aplica.</b> A través del PAE, no se entregan apoyos económicos.  |                   |                      |              |
| Duración de la obra, apoyo o servicio   |                   |  |                   |                      |              |
| <b>INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR</b>                    |                   |  |                   |                      |              |
| Nombre completo   |                   |  |                   |                      |              |
| Sexo  | Fem/Masc          | Edad   | ## años.          | Cargo del integrante |              |
| CURP  | XXXX#####XXXXXX## |  | Teléfono con lada |                      | XXX-XXX-XXXX |
| Correo Electrónico:   |                   | correo@electronico   |                   |                      |              |
| Domicilio   | Calle             |  |                   | No. Ext.             | No. Int.     |
|   | C.P.              | Municipio  |                   | Entidad              |              |
| Firma   |                   |  |                   |                      |              |
| <b>INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO</b>                          |                   |  |                   |                      |              |
| Nombre completo   |                   |  |                   |                      |              |
| Sexo  | Fem/Masc          | Edad   | ## años.          | Cargo del integrante |              |
| CURP  | XXXX#####XXXXXX## |  | Teléfono con lada |                      | XXX-XXX-XXXX |
| Correo Electrónico:   |                   | correo@electronico   |                   |                      |              |



|           |       |           |          |          |
|-----------|-------|-----------|----------|----------|
| Domicilio | Calle |           | No. Ext. | No. Int. |
|           | C.P.  | Municipio | Entidad  |          |
| Firma     |       |           |          |          |

| MOTIVO DE SUSTITUCIÓN  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Muerte del Integrante  |  |  | Acuerdo de la mayoría de los beneficiarios del programa (se anexa listado) |
| Separación voluntaria mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito) |  |  | Pérdida del carácter de beneficiario del programa                          |
| Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)                                   |  |  | Otra. Especifique  |

Servidor Público de la OSNE **Entidad** que emite la constancia de registro  
(Nombre, cargo y firma)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Se anexa esta acta de sustitución al registro del Comité de Contraloría Social**

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

La recolección de datos personales se lleva a cabo a través de la página electrónica <https://vun.empleo.gob.mx/contenido/publico/segob/candidato/identificacionCandidato.jsf> cuyo administrador y responsable del tratamiento en la Unidad del Servicio Nacional de Empleo (USNE) de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). Los datos personales que se recaban serán utilizados con la finalidad de acceder a la intermediación laboral hasta la posible colocación en una actividad productiva.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en el portal <https://vun.empleo.gob.mx/contenido/publico/segob/avisoPrivacidadIntegralCandidato.jsf>.