



**INFORME ANUAL**

Nombre del Programa \_\_\_\_\_

Responsable del llenado: Integrante del Comité de Contraloría Social

ANEXO 2

**El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

U	A	G	R	O	2	0	1	6	1	1	5	2	4	7		
0	4	5	1	1	1	1	1	2	0	2	9	0	0	1	1	

El Comité lo integran:

Número total de Hombres

0 3

Número total de Mujeres

0 1

Comité constituido en:

3	1	0	8	2	0	1	6
DÍA		MES			AÑO		

Fecha de llenado del informe:

20	1	2	2	0	1	6
DÍA		MES			AÑO	

Estado:

Guerrero

Municipio:

Chilpancingo

Localidad:

Chilpancingo

Información a llenar por el Programa

Clave del Estado: 029

Clave del Municipio: 012

Clave de la Localidad: 0001

Clave del Programa: 1

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior

Período de la ejecución o entrega de beneficio:

Del 

3	0
DÍA	

0	9
MES	

2	0	6
AÑO		

 Al 

3	1
DÍA	

1	2
MES	

2	0	2	1
AÑO			

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?

Sí 

0
---

 No

2. La información que conocen se refiere a: (puede elegir más de una opción)

- |  |  |
|--|--|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Objetivos del Programa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 Beneficios que otorga el Programa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 3 Requisitos para ser beneficiario (a)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Dependencias que ejecutan el Programa</p> | <p><input type="checkbox"/> 7 Conformación y funciones del comité o vocal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 8 Dónde presentar quejas y denuncias</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Derechos y compromisos de quienes operan el programa</p> <p><input type="checkbox"/> 10 Derechos y compromisos de quienes se benefician</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 11 Formas de hacer contraloría social</p> |
|--|--|

3. En caso de no haber recibido información, ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?

1
---

 Sí  No

4. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (puede elegir más de una opción)

- |   |   |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio</p> | <p><input type="checkbox"/> 6 Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 7 Contestar cédulas de vigilancia, informes y/o encuestas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 8 Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa</p> |
|---|---|

5. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede elegir más de una opción)

- |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <p><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>1</td></tr></table> Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>2</td></tr></table> Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>3</td></tr></table> Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>4</td></tr></table> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>5</td></tr></table> Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>6</td></tr></table> Para que se atiendan nuestras quejas</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>7</td></tr></table> Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>8</td></tr></table> Para lograr que el programa funcione mejor</p> | 6 | 7 | 8 |
| 1  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



**INFORME ANUAL**

Nombre del Programa

Responsable del llenado: Integrante del Comité de Contraloría Social

ANEXO 2

**El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.**

**6. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:**

6.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen?

Sí  No

6.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?

Sí  No

6.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

Sí  No

6.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?

Sí  No

6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?

Sí  No

6.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?

Sí  No

7. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios?


Sí  No

8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

Sí  No

9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente

[Empty box for additional results or explanations]

  
M.C Peña Yoany González Romero  
Responsable de Contraloría Social

Nombre, puesto y firma del personal que recibe este informe

Identificación oficial 1241088131480

  
M.C. Smirna Romero Garibay  
Nombre y firma del (a) integrante del Comité

Nombre y firma del (a) integrante del Comité