



INFORME ANUAL
Programa de Fortalecimiento de la Calidad en Instituciones Educativas (PROFOCIE)
 Responsable del llenado: Integrante del Comité de Contraloría Social

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

Nombre de la Institución Educativa: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

2	0	1	6	1	1	5	2	4	5	5	1	1
1	1	1	2	0	2	9	0	0	0	1	1	1

El Comité lo integran: Número total de Hombres 0 4 Número total de Mujeres 0 4

Comité constituido en: 2 3 s e p 2 0 16 Fecha de llenado del informe: 1 4 1 2 2 0 1 6
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Estado: GUERRERO
 Municipio: CHILPANCINGO
 Localidad: CHILPANCINGO

Información a llenar por el Programa
 Clave del Estado: 0 2 9
 Clave del Municipio: 0 1 2
 Clave de la Localidad: 0 0 0 1
 Clave del Programa: 12msu0015w-01

Obra, apoyo o servicio vigilado: Financiero PROFOCIE 2015

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: Del 0 1 0 1 2 0 1 6 Al 1 5 1 1 2 0 1 6
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

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

Sí No

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

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

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 0 No

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

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

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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Para gestionar o tramitar los apoyos del Programa | <input checked="" type="checkbox"/> 6 Para que se atiendan nuestras quejas |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2 Para recibir oportunamente los apoyos | <input checked="" type="checkbox"/> 7 Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 Para recibir mejor calidad en los apoyos del Programa | <input checked="" type="checkbox"/> 8 Para lograr que el programa funcione mejor |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5 Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios | |



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?

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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?

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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

Si	<input type="checkbox"/> 1	No	<input checked="" type="checkbox"/> 0
----	----------------------------	----	---------------------------------------

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

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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?

Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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


Si	<input checked="" type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 0
----	---------------------------------------	----	----------------------------

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


Perla Yociny González Romero

Nombre, puesto y firma del personal que recibe este informe

Identificación oficial 1241088131480


Amalrani Bruno Peralta

Nombre y firma del (la) integrante del Comité