

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
(Agregar el nombre del Programa)

Información prellenada por el Programa

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

2	0	1	7	1	1	S	2	4	5	0	1	5	1	4	1	3
0	7	5	0	0	0	1	1	1								

Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado: _____ Fecha de llenado de la cédula:

2	7	X	1	2	0	1	7
DÍA			MES	AÑO			

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio: Del

3	0
DÍA	

X	1
MES	

2	0	1	6
AÑO			

 Clave de la entidad federativa: 13

At

3	0
DÍA	

X	1
MES	

2	0	1	7
AÑO			

 Clave del municipio o alcaldía: 75

Clave de la localidad: 1

Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social

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

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del Programa | <input checked="" type="checkbox"/> Dónde presentar quejas y denuncias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios que otorga el Programa | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de quienes operan el programa |
| <input type="checkbox"/> 3 Requisitos para ser beneficiario (a) | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tipo y monto de las obras, apoyos o servicios a realizarse | <input checked="" type="checkbox"/> Formas de hacer contraloría social |
| <input type="checkbox"/> 5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa | <input type="checkbox"/> 12 Periodo de ejecución de la obra o fechas de entrega de los apoyos o servicios |
| <input type="checkbox"/> 6 Dependencias que ejecutan el Programa | <input type="checkbox"/> 13 No deseamos responder / No sabemos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conformación y funciones del comité o vocal | |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios | <input checked="" type="checkbox"/> Contestar informes de Contraloría Social |
| <input type="checkbox"/> 2 Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios | <input checked="" type="checkbox"/> Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa | <input type="checkbox"/> 8 Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos |
| <input type="checkbox"/> 5 Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio | |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 6 Para que se atiendan nuestras quejas |
| <input type="checkbox"/> 2 Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios | <input checked="" type="checkbox"/> Para que el programa funcione mejor |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa | <input checked="" type="checkbox"/> Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (as) | |

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

- | | | | | |
|--|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| 4.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? | Sí | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: (La Dependencia deberá indicar correo electrónico, teléfono y dirección)

L. D. Ivonne Acosta Hernández, Abogada General, Responsable

Ing. Gustavo Eduardo Pérez Villegas Presidente