

INFORME ANUAL DEL COMITÉ

RESPONSABLE DEL LLENADO: INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

EN LOS CASOS EN QUE EL APOYO O SERVICIO, COMPRENDA MÁS DE UN EJERCICIO FISCAL, EL COMITÉ, ADEMÁS DE ENTREGAR LAS CÉDULAS DE VIGILANCIA CORRESPONDIENTES, DEBERÁ LLENAR Y ENTREGAR EL PRESENTE INFORME ANUAL AL RESPONSABLE DE LA CONTRALORÍA SOCIAL.

DATOS GENERALES:

NO. DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL: _____

EL COMITÉ LO INTEGRAN: HOMBRES MUJERES FECHA: DÍA MES AÑO

ESTADO: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

NOMBRE DE LA EJECUTORA: _____

INDIQUE CON UNA X EL TIPO DE APOYO O SERVICIO QUE RECIBIÓ:

A) MONETARIO B) SERVICIO (RECONOCIMIENTO A PTC CON PERFIL DESEABLE O REGISTRO DE CA)

PERIODO DE EJECUCIÓN: DEL DÍA MES AÑO AL DÍA MES AÑO

INFORME

1. ¿SE RECIBIÓ TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN?

1 Sí

A) ¿QUÉ INFORMACIÓN SE RECIBIÓ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A1) OBJETIVOS DEL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A7) CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ O VOCAL |
| <input type="checkbox"/> A2) BENEFICIOS QUE OTORGA EL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A8) DÓNDE PRESENTAR QUEJAS Y DENUNCIAS |
| <input type="checkbox"/> A3) REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO(A) | <input type="checkbox"/> A9) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES OPERAN EL PROGRAMA |
| <input type="checkbox"/> A4) TIPO Y MONTO DE OBRAS, APOYOS O SERVICIOS A REALIZARSE | <input type="checkbox"/> A10) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES SE BENEFICIAN |
| <input type="checkbox"/> A5) DEPENDENCIAS QUE APORTAN LOS RECURSOS PARA EL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A11) FORMAS DE HACER CONTRALORÍA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> A6) DEPENDENCIAS QUE EJECUTAN EL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A12) OTRA, ESPECIFIQUE _____ |

B) ¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO SE RECIBIÓ ESTA INFORMACIÓN?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) CARTEL INFORMATIVO | <input type="checkbox"/> 2) FOLLETERÍA (TRÍPTICO, CIRCULAR, DÍPTICO, ETC.) | <input type="checkbox"/> 3) RADIO, T.V., PERIÓDICO | <input type="checkbox"/> 4) ASAMBLEA COMUNITARIA |
| <input type="checkbox"/> 5) INTERNET | <input type="checkbox"/> 6) OTRO, ESPECIFIQUE _____ | | |

2 No

A) ¿SE SOLICITÓ INFORMACIÓN AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL?

1 Sí ¿QUÉ LE ENTREGÓ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A1) OBJETIVOS Y BENEFICIOS DEL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A5) CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ O VOCAL |
| <input type="checkbox"/> A2) REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO(A) | <input type="checkbox"/> A6) DÓNDE PRESENTAR QUEJAS Y DENUNCIAS |
| <input type="checkbox"/> A3) TIPO Y MONTO DE OBRAS, APOYOS O SERVICIOS A REALIZARSE | <input type="checkbox"/> A7) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES OPERAN EL PROGRAMA Y DE QUIENES SE BENEFICIAN |
| <input type="checkbox"/> A4) DEPENDENCIAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A8) OTRA, ESPECIFIQUE _____ |

INFORME ANUAL DEL COMITÉ

4. FECHA EN QUE SE ELABORARON LAS CÉDULAS:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA		MES	AÑO		

5. ¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS QUE OBTUVIERON DEL SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA DEL APOYO O SERVICIO?

6. ¿SE DETECTÓ ALGUNA PERSONA QUE NO DEBERÍA SER BENEFICIARIO DEL PROGRAMA?

A) SÍ B) NO C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

7. ¿SE DETECTÓ QUE EL APOYO O SERVICIO SE UTILIZÓ PARA OTROS FINES DISTINTOS A SU OBJETIVO?

A) SÍ B) NO C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

8. ¿EL PROGRAMA OPERÓ CON IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

A) SÍ B) NO C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

9. ¿SE RECIBIERON QUEJAS O DENUNCIAS DE PARTE DE LOS BENEFICIARIOS O INTEGRANTES DEL COMITÉ?

1) SÍ

A) REFERENTES AL PROGRAMA ¿CUÁNTAS RECIBÍO?

B) REFERENTES A LA INSTITUCIÓN ¿CUÁNTAS RECIBÍO?

C) ¿A QUÉ SE REFIRIERON? (INDIQUE CON UNA X)

APLICACIÓN DEL RECURSO ¿CUÁNTAS?

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ¿CUÁNTAS?

IRREGULARIDADES EN EL SERVICIO OFRECIDO ¿CUÁNTAS?

OTRO. ESPECIFIQUE _____

2) NO

10. ¿SE REALIZARON INVESTIGACIONES DE LAS QUEJAS O DENUNCIAS RECIBIDAS?

A) SÍ B) NO C) NO SABE

D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

11. ¿QUÉ RESULTADOS SE OBTUVIERON? (INDIQUE CON UNA X)

EL SERVIDOR PÚBLICO INCUMPLIÓ LA NORMA LA QUEJA FUE RESUELTA EN LA COMUNIDAD

EL QUEJOSO CUENTA CON PRUEBAS NO CONSTITUYE UNA QUEJA

EL QUEJOSO NO TIENE PRUEBAS OTRA _____

INFORME ANUAL DEL COMITÉ

12. ¿ENTREGARON LAS QUEJAS O DENUNCIAS A LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE?

1 Sí

A) ¿EN DÓNDE SE PRESENTARON? (INDIQUE CON UNA X)

EN EL PROMEP

ATENCIÓN CIUDADANA DE LA SFP

EN LA INSTITUCIÓN

OTRO. ESPECIFIQUE _____

B) ESCRIBA EL NOMBRE DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ LAS QUEJAS O DENUNCIAS _____

2 No ¿POR QUÉ NO SE PRESENTARON?

NO CONSIDERO QUE FUERA IMPORTANTE

NO SABÍA DÓNDE Y CON QUIÉN

NO PENSÓ QUE FUERA NECESARIO

3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

13. ¿DIERON NÚMEROS DE REGISTRO PARA EL SEGUIMIENTO A LAS QUEJAS Y DENUNCIAS QUE ENTREGÓ?

1 Sí

A) ¿QUÉ NÚMEROS DE REGISTRO DIERON PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS QUEJAS Y DENUNCIAS QUE SE ENTREGARON?

A)

B)

C)

D)

E)

F)

G)

H)

I)

J)

2 No

3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

14. ¿DIERON RESPUESTA A LAS QUEJAS PRESENTADAS?

1 Sí

A) ¿A QUÉ SE REFIRIERON LAS RESPUESTAS? (INDIQUE CON UNA X)

FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

¿CUÁNTAS?

FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES CIVILES

¿CUÁNTAS?

FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES PENALES

¿CUÁNTAS?

OTRO. ESPECIFIQUE _____

¿CUÁNTAS?

2 No

3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

15. ¿QUÉ RESULTADOS GENERÓ LA APLICACIÓN DE LA CONTRALORÍA SOCIAL?

INFORME ANUAL DEL COMITÉ

16. ¿SE INFORMÓ A SU COMUNIDAD SOBRE LOS RESULTADOS DE CONTRALORÍA SOCIAL OBTENIDOS?

A) Sí

B) No

C) NO SABE

D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

17. ¿CUÁNTAS VECES EL COMITÉ SE REUNIÓ CON LOS BENEFICIARIOS PARA INFORMARLES DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS?

--	--	--

NOTA: ESPACIO PARA EXPRESAR RESULTADOS ADICIONALES QUE CONSIDERE RELEVANTES

NOMBRE Y FIRMA DEL
RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL
INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

RFC