SFP
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

prodep
TIPO SUPERIOR

CONTRALORIA SOCIAL

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: 2016-11-5247-04-5 / 11-11-01-001-0001

El Comité lo integran: Número total de Hombres 07 Número total de Mujeres 02

Comité constituido en: 10 / 11 / 2016 (DÍA / MES / AÑO) Fecha de llenado del informe: 18 / 01 / 2017 (DÍA / MES / AÑO)

Estado: AGUASCALIENTES
Municipio: AGUASCALIENTES
Localidad: AGUASCALIENTES

Información a llenar por el Programa
Clave del Estado: _____
Clave del Municipio: _____
Clave de la Localidad: _____
Clave del Programa: _____

Obra, apoyo o servicio vigilado: APOYOS Y SERVICIOS PRODEP

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: Del 01 / 01 / 2016 (DÍA / MES / AÑO) Al 31 / 12 / 2016 (DÍA / MES / AÑO)

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

[X] 1 Sí [ ] 0 No

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

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

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 [X] 0 No

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

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

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)

- [ ] 1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
- [ ] 2 Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
- [ ] 3 Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
- [X] 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
- [X] 5 Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios
- [X] 6 Para que se atiendan nuestras quejas
- [X] 7 Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa
- [X] 8 Para lograr que el programa funcione mejor

SFP
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

prodep
TIPO SUPERIOR

CONTRALORÍA SOCIAL

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 X 1	No 0
6.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o sericio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?	Sí X 1	No 0
6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?	Sí 1	No X 0
6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí 1	No X 0
6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?	Sí 1	No X 0
6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?	Sí 1	No X 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?	Sí X 1	No 0
8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?	Sí X 1	No 0

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

DRA. MA DEL CARMEN MARTÍNEZ SERNA

Nombre, puesto y firma del personal que recibe este informe

Identificación oficial IFE

Roberto Gonzalez Acoltl

Nombre y firma del (la) integrante del Comité