

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
Programa para el Desarrollo Profesional Docente, del Tipo Superior.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE LLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social en el SICSS: 2019 11 S 247 09 M 00 04 002 002 00 77 1/1

Obras, apoyo o servicio vigilado: Apoyo al Perfil Deseable PRODFP 2018 Fecha de llenado del informe: 05 12 2018  
LEA MES AÑO

Periodo que comprende el informe  
Del 07 09 2018  
Al 05 12 2018

Clave de la entidad federativa: 04  
Clave del municipio o alcaldía: 002  
Clave de la localidad: 77

**EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**Beneficio.** Se refiere a las obras, cursos o servicios que proporcionan los programas a los beneficiarios.

**Instrucciones.** En cada pregunta marque con una X la opción o opciones que correspondan a su opinión

- ¿Los beneficiarios y usted recibieron información sobre el funcionamiento del Programa y la Contraloría Social?
 

|                               |  |                                  |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 No | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
  - Para llevar a cabo las acciones de vigilancia ¿Solicitaron a los representantes del programa la información necesaria del Programa y de la Contraloría Social?
 

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 Si y ya nos las proporcionaron | <input type="checkbox"/> 2 Si y no nos las han proporcionado | <input type="checkbox"/> 3 No la hemos solicitado | <input type="checkbox"/> 4 No sé |
|--|--|---|----------------------------------|
  - Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa
 

|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| 3.1 ¿Les entregaron completo el beneficio o terminada la obra?                        | <input type="checkbox"/> 1 No            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
| 3.2 ¿El beneficio se ha entregado de acuerdo a las fechas y lugares programados?      | <input type="checkbox"/> 1 No            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
| 3.3 ¿Le condicionaron la entrega del beneficio?                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 1 No | <input type="checkbox"/> 2 Si            | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
| 3.4 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted? | <input type="checkbox"/> 1 No            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
| 3.5 ¿El beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?                           | <input type="checkbox"/> 1 No            | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
  - De acuerdo a lo que Usted observó considera que el Programa fue o no utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?
 

|  |                               |                                  |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 No | <input type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
  - ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?
 

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 No (pase a la pregunta 6) | <input type="checkbox"/> 2 Si | <input type="checkbox"/> 3 No sé (pase a la pregunta 6) |
|---|-------------------------------|---|

    - Señale el o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia.
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Llamada móvil o fija                              | <input type="checkbox"/> 5 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDFC)   |
| <input type="checkbox"/> 2 Teléfono  | <input type="checkbox"/> 6 Aplicación móvil (Denuncia la Corrupción)          |
| <input type="checkbox"/> 3 Correo electrónico                                | <input type="checkbox"/> 7 Órgano Estatal de Control (Contraloría del Estado) |
| <input type="checkbox"/> 4 Personal responsable de la ejecución del Programa | <input type="checkbox"/> 8 No sé  |
    - En caso de haber presentado una o más denuncias, escriba en la línea el fin o fines alcanzados, conarados por causas: \_\_\_\_\_
- Si recibió una denuncia y no la ha presentado, envíe adjunto al presente formato toda la información y documentación con la que cuente. Si recibieron respuesta de la (s) denuncia (s), favor de adjuntarla (s) al presente informe.

**ADEMÁS DE LAS SECCIONES ANTERIORES PARA LOS CASOS EN QUE EL BENEFICIO QUE OTORGA EL PROGRAMA SEA UNA OBRA PÚBLICA, RESPONDA LA SIGUIENTE SECCIÓN:**

- Considera que la obra pública se encuentra:
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No iniciada | <input checked="" type="checkbox"/> 2 Terminada |
| <input type="checkbox"/> 2 En proceso  | <input type="checkbox"/> 5 No sé                |
| <input type="checkbox"/> 3 Suspensiva  |   |
- ¿La obra pública se encuentra suspendida por?
 

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Fenómenos naturales | <input type="checkbox"/> 3 Medidas de seguridad | <input type="checkbox"/> 5 No sé |
| <input type="checkbox"/> 2 Conflicto social    | <input type="checkbox"/> 4 Conflicto ecológico  | <input type="checkbox"/> 6 Otros |

**Firmas**

Nombre y firma del(los) servidor(a) público(s) que recibe este informe: Helia Angulo Balón

Nombre y firma del(los) integrante(s) del Comité de Contraloría Social que entrega este informe: Manuel J. Chávez

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
Programa para el Desarrollo Profesional Docente, del Tipo Superior.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE LLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social en el SICSI: 20 19 11 S 247 09 M 00 04 002 002 00 77 1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Apoyo al Perfil Desable PRODEP 2018 Fecha de levantado del informe: 0 5 1 2 2 0 1 9  
DÍA MES AÑO

Período que comprende el informe: Del 1 7 0 9 2 0 1 9  
DÍA MES AÑO  
Al 0 5 1 2 2 0 1 9  
DÍA MES AÑO

Clave de la entidad federativa: 04  
Clave del municipio o alcaldía: 002  
Clave de la localidad: 77

**EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Beneficio: Se refiere a los útiles, apoyos o servicios que proporcionan los programas a los beneficiarios.

Instrucciones: En cada pregunta marque con una X la opción u opciones que correspondan a su opinión.

- ¿Los beneficiarios y Usted recibieron información sobre el funcionamiento del Programa y la Contraloría Social?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
- Para llevar a cabo las acciones de vigilancia ¿Solicitaron a los representantes del programa la información necesaria del Programa y de la Contraloría Social?
 

|   |   |   |                               |
|---|---|---|-------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1 Sí y ya nos las proporcionaron | <input type="radio"/> 2 Sí y no nos las han proporcionado | <input type="radio"/> 3 No se les ha solicitado | <input type="radio"/> 4 No sé |
|---|---|---|-------------------------------|
- Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa
  - ¿Le entregaron completo el beneficio o terminada la obra?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
  - ¿El beneficio se ha entregado de acuerdo a las fechas y logros programados?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
  - ¿Le condicionaron la entrega del beneficio?
 

|                                       |                            |                               |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1 No | <input type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
  - ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
  - ¿El beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
- De acuerdo a lo que Usted observó considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?
 

|                                       |                            |                               |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 1 No | <input type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
- ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?
 

|  |                            |  |
|--|----------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> 1 No (pase a la pregunta 6) | <input type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé (pase a la pregunta 6) |
|--|----------------------------|--|

  - Señale si o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia
 

|   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 Buzón móvil o fija                                | <input type="radio"/> 5 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)   |
| <input type="radio"/> 2 Teléfono  | <input type="radio"/> 6 Aplicación móvil (Denuncia la Compución)           |
| <input type="radio"/> 3 Correo electrónico                                | <input type="radio"/> 7 Órgano Estatal de Control (Contraloría del Estado) |
| <input type="radio"/> 4 Personal responsable de la ejecución del Programa | <input type="radio"/> 8 No sé  |
  - En caso de haber presentado una o más denuncias, escriba en la línea el título o folios relacionados, cancelados por causas: \_\_\_\_\_

Si recibió una denuncia y no la ha presentado, envíe adjunto al presente formato toda la información y documentación con la que cuentes. Si recibieron respuesta de la (s) denuncia (s), favor de adjuntar (s) el presente informe.
- ¿Existió equidad de género para la Integración del Comité?
 

|                            |                                       |                                   |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No aplica | <input type="radio"/> 4 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
- ¿Considera que recibieron la información necesaria para realizar sus actividades como Comité de Contraloría Social?
 

|                            |                                       |                               |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
- Como Comité de Contraloría Social ¿Qué actividades realizaron?
 

|  |                            |                                       |                               |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| 8.1 Verificamos el cumplimiento de la entrega del beneficio                        | <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
| 8.2 Vigilamos el uso correcto de los recursos del Programa: obra, servicio o apoyo | <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
| 8.3 Informamos a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa                   | <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |
| 8.4 Verificamos que los beneficios se entregaran a tiempo                          | <input type="radio"/> 1 No | <input checked="" type="radio"/> 2 Sí | <input type="radio"/> 3 No sé |

**ADEMÁS DE LAS SECCIONES ANTERIORES PARA LOS CASOS EN QUE EL BENEFICIO QUE OTORGA EL PROGRAMA SEA UNA OBRA PÚBLICA, RESPONDA LA SIGUIENTE SECCIÓN:**

9. Considere que la obra pública se encuentra:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 1 No iniciada | <input checked="" type="radio"/> 2 Terminada |
| <input type="radio"/> 2 En proceso  | <input type="radio"/> 3 No sé                |
| <input type="radio"/> 3 Suspendida  |  |

9.1 ¿La obra pública se encuentra suspendida por?

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 Fenómenos naturales         | <input type="radio"/> 3 Medidas de seguridad | <input type="radio"/> 5 No sé (Urgir) |
| <input checked="" type="radio"/> 2 Conflicto social | <input type="radio"/> 4 Conflicto ecológico  |                                       |

Firmas: Olivia Angulo Nombre y firma del(a) servidor(a) público(a) que recibe este informe. Juan Carlos Castellón P. Nombre y firma del (a) integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este informe.