




Handwritten signature and scribbles at the top of the page.

INFORME ANUAL
Nombre del Programa

Responsable del llenado: Integrante del Comité de Contraloría Social

ANEXO 2

SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
SFP

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

2	0	1	6	-	1	1	-	5	2	4	7	-	0	4	-	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

El Comité lo integran:

0	2
---	---

 Número total de Hombres

0	1
---	---

 Número total de Mujeres

Comité constituido en:

0	1	1	1	2	0	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---

 DIA MES AÑO

Fecha de llenado del informe:

0	9	0	1	2	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---	---

 DIA MES AÑO

Estado: Oaxaca Municipio: San Pedro Pochutla Localidad: Puerto Ángel

Obra, apoyo o servicio vigilado: *Reincorporación de exbecarios PRODEP, Incorporación de NPTC, Obras de Estudios de Pasaje de A.C., Reconocim. Período Desable, Fortalecimiento de C.A.*

Del

1	7
---	---

 DIA MES AÑO Del

1	3	1
---	---	---

 DIA MES AÑO

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social? SI NO

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

<input type="checkbox"/> X1	Objetivos del Programa
<input type="checkbox"/> X2	Beneficios que otorga el Programa
<input type="checkbox"/> X3	Requisitos para ser beneficiario (a)
<input type="checkbox"/> X4	Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse
<input type="checkbox"/> X5	Dependencias que aportan los recursos para el Programa
<input type="checkbox"/> X6	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? SI NO

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

<input type="checkbox"/> 6	Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias
<input type="checkbox"/> X7	Consultar cédulas de vigilancia, informes y/o encuestas
<input type="checkbox"/> X8	Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)
<input type="checkbox"/> X9	Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa

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

<input type="checkbox"/> X1	Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
<input type="checkbox"/> X2	Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
<input type="checkbox"/> X3	Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
<input type="checkbox"/> X4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
<input type="checkbox"/> X5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios

Para que se atiendan nuestras quejas X6

Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa X7

Para lograr que el programa funcione mejor X8



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
SFP

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?
- 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?
- 6.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?
- 6.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?
- 6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?
- 6.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?
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?
8. En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?
9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Se informa que en el ejercicio 2016 se recibieron apoyos parcialmente, y se espera que en el ejercicio 2017 se concluya la entrega total de los mismos, de conformidad a los periodos autorizados, con excepción a las becas de estudios de posgrado de alta calidad

Nombre, puesto y firma del personal que recibe este Informe

[Handwritten signature]

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

[Handwritten signature]

Identificación oficial