



ANEXO 9
INFORME ANUAL DEL COMITÉ
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS (PROFOCIE) 2014

EL RESPONSABLE DEL LLENADO SERÁ EL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

DATOS GENERALES:

NOMBRE DE LA EJECUTORA: _____
 NOMBRE DEL PROGRAMA FEDERAL: _____
 MONTO DEL BENEFICIO VIGILADO: _____

NO REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL: _____

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

ESTADO: _____
 MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____

INDIQUE CON UNA X EL TIPO DE BENEFICIO, BIEN O SERVICIO QUE RECIBIÓ:

APOYO EQUIPAMIENTO OTRO, ESPECIFIQUE: _____

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

INFORME

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

1.1- 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 | <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) TRÍPTICOS O DÍPTICOS | <input type="checkbox"/> 2) FOLLETOS | <input type="checkbox"/> 3) PRESENTACIONES | <input type="checkbox"/> 4) CIRCULAR U OFICIO |
| <input type="checkbox"/> 5) CARTEL INFORMATIVO | <input type="checkbox"/> 6) DOCUMENTOS O FORMATOS | <input type="checkbox"/> 7) OTRO, ESPECIFIQUE _____ | |

1.2- No

A) ¿SOLICITÓ INFORMACIÓN AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL?

A1) 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 | <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 EL PROGRAMA | <input type="checkbox"/> A8) OTRO, ESPECIFIQUE _____ |

A2) No ¿POR QUÉ? _____

2. ¿EL COMITÉ REALIZÓ EL LEVANTAMIENTO DE LAS CÉDULAS DE VIGILANCIA?

A) Sí B) No C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

3. ¿CUÁNTAS CÉDULAS DE VIGILANCIA SE ENTREGARON AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD?

A) 1-3 B) 4-6 C) 7-9 D) > =10

E) NINGUNA ¿POR QUÉ? _____

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

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

A) Sí B) No C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

6. ¿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 _____

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

A) Sí B) No C) NO SABE D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

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

8.1 Sí

A) REFERENTES AL PROGRAMA

¿CUÁNTAS RECIBIÓ?

--	--	--	--

B) REFERENTES A LA INSTITUCIÓN

¿CUÁNTAS RECIBIÓ?

--	--	--	--

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 _____

8.2 No

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

A) Sí B) No C) NO SABE

D) OTRO, ESPECIFIQUE _____

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

A) EL SERVIDOR PÚBLICO INCUMPLIÓ LA NORMA D) LA QUEJA FUE RESUELTA EN LA COMUNIDAD

B) EL QUEJOSO CUENTA CON PRUEBAS E) NO CONSTITUYE UNA QUEJA

C) EL QUEJOSO NO TIENE PRUEBAS F) OTRA _____

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

11.1 Sí

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

EN LA CGUTP

ATENCIÓN CIUDADANA DE LA SFP

EN LA INSTITUCIÓN

OTRO. ESPECIFIQUE _____

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

11.2 No ¿POR QUÉ NO SE PRESENTARON? _____

11.3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

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

12.1 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)

12.2 No

12.3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

13. ¿DIERON RESPUESTA A LAS QUEJAS PRESENTADAS?

13.1 Sí

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

<input type="checkbox"/> FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS	¿CUÁNTAS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES CIVILES	¿CUÁNTAS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES PENALES	¿CUÁNTAS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> OTRO. ESPECIFIQUE	¿CUÁNTAS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

13.2 No

13.3 OTRA, ESPECIFIQUE _____

14. ¿SE CUMPLIERON LAS METAS DEL APOYO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS?

A) SI ¿POR QUÉ? _____

B) NO ¿POR QUÉ? _____

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

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 INFORMAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS?

NOTA: ESPACIO PARA EXPRESAR RESULTADOS ADICIONALES QUE CONSIDERE RELEVANTES

NOMBRE Y FIRMA DEL
RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL EN LA IES

NO. DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL-IFE

NOMBRE Y FIRMA DEL
REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

NO. DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL-IFE