

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL  
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP)**

ANEXO 2

**Información prellenada por el Programa**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado:

Fecha de llenado del informe:        
DÍA MES AÑO

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio: Del        
DÍA MES AÑO

Al        
DÍA MES AÑO

Clave de la entidad federativa:

Clave del municipio o alcaldía:

Clave de la localidad:

**Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social**

**1. La información que conocen se refiere a:** (pueden elegir más de una opción)

- |                            |  |                             |   |
|----------------------------|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Objetivos del Programa                                     | <input type="checkbox"/> 8  | Dónde presentar quejas y denuncias  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Beneficios que otorga el Programa                          | <input type="checkbox"/> 9  | Derechos y obligaciones de quienes operan el programa                         |
| <input type="checkbox"/> 3 | Requisitos para ser beneficiario (a)                       | <input type="checkbox"/> 10 | Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as)                             |
| <input type="checkbox"/> 4 | Tipo y monto de las obras, apoyos o servicios a realizarse | <input type="checkbox"/> 11 | Formas de hacer contraloría social  |
| <input type="checkbox"/> 5 | Dependencias que aportan los recursos para el Programa     | <input type="checkbox"/> 12 | Periodo de ejecución de la obra o fechas de entrega de los apoyos o servicios |
| <input type="checkbox"/> 6 | Dependencias que ejecutan el Programa                      | <input type="checkbox"/> 13 | No deseamos responder / No sabemos  |
| <input type="checkbox"/> 7 | Conformación y funciones del comité o vocal                |                             |   |

**2. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité?** (pueden elegir más de una opción)

- |                            |  |                            |   |
|----------------------------|--|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Solicitar información de las obras, apoyos o servicios     | <input type="checkbox"/> 6 | Contestar informes de Contraloría Social  |
| <input type="checkbox"/> 2 | Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios | <input type="checkbox"/> 7 | Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as)   |
| <input type="checkbox"/> 3 | Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa       | <input type="checkbox"/> 8 | Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 | Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input type="checkbox"/> 9 | No deseamos responder / No sabemos  |
| <input type="checkbox"/> 5 | Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio |                            |   |

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

- |                            |  |                            |  |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa     | <input type="checkbox"/> 6 | Para que se atiendan nuestras quejas   |
| <input type="checkbox"/> 2 | Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios                 | <input type="checkbox"/> 7 | Para que el programa funcione mejor  |
| <input type="checkbox"/> 3 | Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 8 | Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 | Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)         | <input type="checkbox"/> 9 | No deseamos responder / No sabemos   |
| <input type="checkbox"/> 5 | Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (as)          |                            |  |

**4. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:**

- |  |    |                      |    |                      |
|--|----|----------------------|----|----------------------|
| 4.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen?  | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 4.2 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?   | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 4.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?  | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 4.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?  | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?  | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 4.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?   | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?  | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |
| 7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?   | Sí | <input type="text"/> | No | <input type="text"/> |

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: (La Dependencia deberá indicar correo electrónico, teléfono y dirección)

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL  
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP)**

ANEXO 2

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del (la) integrante del Comité