



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL EN ETAPA INTERMEDIA 2017**  
**Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE) 2016**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

2	0	1	7	1	1	S	2	4	5	0	1	5	1	4	2	6
0	5	5	0	0	0	1	1	1								

Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado:

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Fecha de llenado de la cédula:

1	3	1	0	2	0	1	7
DÍA			MES		AÑO		

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio:

Del	0	1	1	0	2	0	1	6
	DÍA		MES		AÑO			
Al	1	5	1	2	2	0	1	7
	DÍA		MES		AÑO			

Clave de la entidad federativa: 55  
 Clave del municipio o alcaldía: 26  
 Clave de la localidad: 26

**El Comité de Contraloría Social responderá las preguntas al término de cada entrega de apoyos o servicios o de cada visita de supervisión, para el caso de las obras:**

**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  1 No  0
- 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  1 No  0
- 4.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? Sí  1 No  0
- 4.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa? Sí  1 No  0
- 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? Sí  1 No  0
- 4.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? Sí  1 No  0

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

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

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a la Instancia Ejecutora.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

ING. FILIBERTO QUINTERO LÓPEZ/DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN.

Nombre, puesto y firma del (la) Responsable de la Contraloría

MAC. PEDRO ALEXANDE AYÓN NÚÑEZ/PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO.

Nombre, puesto y firma del integrante del Comité de la

DR. GILDARDO LINAREZ PLACENCIA/PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

Nombre, puesto y firma del integrante del Comité de la

MA. LUZ MARÍA ESPINOZA BASTELO/ PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO.

Nombre y firma del (la) Responsable del Comité de

M. SANTOS SOLÍS BARRAZA/PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

Nombre y firma del del integrante del Comité de Contraloría

M. XOCHILIT SOTO LUZANÍA/PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

Nombre y firma del del integrante del Comité de Contraloría