



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: UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE MANZANILLO
NOMBRE DEL PROGRAMA FEDERAL: PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS
MONTO DEL BENEFICIO VIGILADO: \$ 2,341,390.00

NO REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL: 2015-11-S245-01-514-06-007-0001-1-1

EL COMITÉ LO INTEGRAN: 05 HOMBRES 02 MUJERES FECHA: 23 DÍA 11 MES 2015 AÑO
ESTADO: COLIMA
MUNICIPIO: MANZANILLO
LOCALIDAD: SALAGUA

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

[X] APOYO [] EQUIPAMIENTO [] OTRO, ESPECIFIQUE:

PERIODO DE EJECUCIÓN: DEL 01 DÍA 11 MES 2014 AÑO AL 31 DÍA 12 MES 2015 AÑO

INFORME

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

[X] 1.1- Sí

A) ¿QUÉ INFORMACIÓN SE RECIBIÓ?

- [X] A1) OBJETIVOS DEL PROGRAMA [X] A7) CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ O VOCAL
[X] A2) BENEFICIOS QUE OTORGA EL PROGRAMA [X] A8) DÓNDE PRESENTAR QUEJAS Y DENUNCIAS
[X] A3) REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO [X] A9) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES OPERAN EL PROGRAMA
[X] A4) TIPO Y MONTO DE OBRAS, APOYOS O SERVICIOS A REALIZARSE [X] A10) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES SE BENEFICIAN
[X] A5) DEPENDENCIAS QUE APORTAN LOS RECURSOS PARA EL PROGRAMA [X] A11) FORMAS DE HACER CONTRALORÍA SOCIAL
[X] A6) DEPENDENCIAS QUE EJECUTAN EL PROGRAMA [] A12) OTRA, ESPECIFIQUE

B) ¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO SE RECIBIÓ ESTA INFORMACIÓN?

- [X] 1) TRIPTICOS O DÍPTICOS [] 2) FOLLETOS [] 3) PRESENTACIONES [] 4) CIRCULAR U OFICIO
[] 5) CARTEL INFORMATIVO [X] 6) DOCUMENTOS O FORMATOS [X] 7) OTRO, ESPECIFIQUE ELECTRÓNICA

[] 1.2- No

A) ¿SOLICITÓ INFORMACIÓN AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL?

[] A1) Sí ¿QUÉ LE ENTREGÓ?

- [] A1) OBJETIVOS Y BENEFICIOS DEL PROGRAMA [] A5) CONFORMACIÓN Y FUNCIONES DEL COMITÉ O VOCAL
[] A2) REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO [] A6) DÓNDE PRESENTAR QUEJAS Y DENUNCIAS
[] A3) TIPO Y MONTO DE OBRAS, APOYOS O SERVICIOS A REALIZARSE [] A7) DERECHOS Y COMPROMISOS DE QUIENES OPERAN EL PROGRAMA Y DE QUIENES SE BENEFICIAN
[] A4) DEPENDENCIAS QUE PARTICIPAN EL PROGRAMA [] 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?
EL CORRECTO USO Y APLICACIÓN DEL RECURSO.

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) Sí ¿POR QUÉ? PORQUE SE COMPROBÓ MEDIANTE INFORMES EN TIEMPO Y FORMA EL CUMPLIMIENTO
 B) No ¿POR QUÉ? _____

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


EL CUMPLIMIENTO EN TIEMPO Y FORMA DEL EJERCICIO. _____


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
LINA CARMINA TAPIA MUÑOZ.
TPMZLN64092306M500
NO. DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL-IFE


NOMBRE Y FIRMA DEL
REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
EFRAÍN VILLALVAZO LAUREANO
VLLREF71010514H000
NO. DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL-IFE