

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EJERCICIO FISCAL : 2016

CONSTANCIA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

COMITÉ UBR ATENGO

2016-12-S039-0009-14-011-0001-2/1

11/11/2016

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de los contralores sociales	Firma o Huella Digital
MARTHA ALICIA G	<i>Martha Alicia G.</i>
ANA LILIA GOMEZ VALLIN	<i>Ana Lilia Gómez V.</i>
MA. GUADALUPE GARCÍA NUÑEZ	<i>Ma. Guadalupe García</i>
JOSE AGUILAR GONZÁLEZ	<i>Jose Aguilar González</i>

II. DATOS DE LAS OBRAS O APOYOS DEL PROGRAMA

Ubicación o Dirección:

HIDALGO 39 CENTRO CP : 481900

PROYECTO	ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
EQUIPAMIENTO DE 1 NUEVA UNIDAD	JALISCO	ATENGO	ATENGO

III. FUNCIONES QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

SOLICITAR LA INFORMACIÓN PÚBLICA RELACIONADA CON LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

VIGILAR QUE SE DIFUNDA INFORMACIÓN SUFICIENTE, VERAZ Y OPORTUNA SOBRE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL

VIGILAR QUE EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS PARA LAS OBRAS, APOYOS O SERVICIOS SEA OPORTUNO TRANSPARENTE Y CON APEGO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN

VIGILAR QUE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA FEDERAL CUMPLAN CON LOS REQUISITOS PARA TENER ESE CARÁCTER.

VIGILAR QUE SE CUMPLA CON LOS PERIODOS DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS O DE LA ENTREGA DE LOS APOYOS O SERVICIOS

VIGILAR QUE EXISTA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y DE LA ENTREGA DE LAS OBRAS, APOYOS O SERVICIOS.

VIGILAR QUE EL PROGRAMA FEDERAL NO SE UTILICE CON FINES POLÍTICOS, ELECTORALES, DE LUCRO U OTROS DISTINTOS AL OBJETO DEL PROGRAMA FEDERAL.

VIGILAR QUE EL PROGRAMA FEDERAL NO SEA APLICADO AFECTANDO LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.

VIGILAR QUE LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEN ATENCIÓN A LAS QUEJAS Y DENUNCIAS RELACIONADAS CON EL PROGRAMA

MARIA CRISTINA SIORDIA QUIÑONEZ  
COORDINADORA ESPECIALIZADA

Fecha :

26/1/2017

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EJERCICIO FISCAL : 2016

CONSTANCIA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro

COMITÉ UBR ATENGO

2016-12-S039-0009-14-011-0001-2/1

11/11/2016

III. FUNCIONES QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

REGISTRAR EN LAS CÉDULAS DE VIGILANCIA Y EN LOS FORMATOS DE INFORMES ANUALES, LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL REALIZADAS, ASÍ COMO DAR SEGUIMIENTO A LOS MISMOS;

RECIBIR LAS QUEJAS Y DENUNCIAS SOBRE LA APLICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS FEDERALES,

MARIA CRISTINA SIORDIA QUIÑONEZ  
COORDINADORA ESPECIALIZADA

Fecha :

26/1/2017

26 de ENERO de 2017

Mtra. Consuelo del Rosario González Jiménez  
Directora General del Sistema DIF Jalisco  
Presente.

Por este conducto solicito con base a las Reglas de Operación del Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad para el ejercicio fiscal 2016; solicitamos sea registrado el Comité denominado: COMITE UBR ATENGO ante la instancia Normativa mediante el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS), en el marco del Subprograma de Apoyo a Proyectos del S272; para el proyecto: **"Equipamiento de 6 Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) de Municipios pertenecientes al Estado de Jalisco"**, el cual se representa por los siguientes participantes:

No.	Nombre Completo			Sexo		Edad	Domicilio			
	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	H	M		Calle	Núm.	Colonia	Cp.
1	MARTHA ALICIA	GARCIA			X	35	FRANCISCO MADERO	7	SOYATLAN DEL ORO	48180
2	ANA LILIA	GOMEZ	VALLIN		X	37	ZARAGOZA	16	CENTRO	48190
3	MA.GUADALUPE	GARCIA	NUÑEZ		X	42	AXAYACATL	17	MOCTEZUMA	48190
4	JOSE	AGUILAR	GONZALEZ	X		59	MORELOS	110	EL RANCHITO	48190

Cuyo domicilio para ejercer sus actividades se encuentra en la Calle: HIDALGO # 39  
Colonia: SANTA CRUZ Cp.: 48190 Municipio: ATENGO JAL del estado de Jalisco.

Adjunto los siguientes documentos con el propósito de formalizar la presente solicitud:

• Programa Anual de Trabajo de Contraloría Social (Anexo I).	
• Acta de Registro de Comité de Contraloría Social (Anexo II).	X
• Ficha Informativa de Obras (Anexo III).	
• Ficha Informativa de Acciones (Anexo IV).	X
• Cédula de Vigilancia en Obra (Anexo V).	X
• Cédula de Vigilancia en Acciones (Anexo VI)	X
• Minutas de Reunión de los Comités de Contraloría Social (Anexo VII).	X
• Informe Anual (Anexo VIII).	X
• Acta de Sustitución de Integrante del Comité de Contraloría Social (Anexo IX).	
• Solicitud de Información (Anexo X)	
• Quejas y Denuncias (Anexo XI)	
• Lista de Asistencia (Anexo XII)	

Sin otro particular, envíe un cordial saludo.

Atentamente,

*Martha Alicia Garcia* Martha Alicia G.  
Nombre y Firma del Representante del Comité de Contraloría Social

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Responsable del llenado: ALMA JAZMIN TERRIQUEZ ESTRELLA  
 Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
 Nombre del Proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO  
 Estado: JALISCO Fecha de Constitución del Comité  
 Municipio: ATENGO  
 Localidad: ATENGO 16 | 11 | 2016

I.- Datos Generales del Comité de Contraloría Social

Nombre del Comité de Contraloría Social					
COMITÉ UBR ATENGO					
Número de Registro del Comité de Contraloría Social			Fecha de Registro		
			___ / ___ / ___		
Nombres de los Contralores Sociales	Dirección (Calle, Número, Localidad, Municipio, Código Postal)	Edad	Sexo	Cargo	Firma o Huella Digital
			F / M		
MARTHA ALICIA G.	FRANCISCO I MADERO # 7	35	F	Presidente	<i>Martha Alicia G.</i>
ANA LILIA GOMEZ VALLIN	ZARAGOZA # 16	37	F	Secretario	<i>Ana Lilia Gomez V.</i>
MA. GUADALUPE GARCIA NUÑEZ	AXAYACATL # 17	42	F	Vocal	<i>Guadalupe Garcia Nuñez</i>
JOSE AGUILAR GONZALEZ	MORELOS # 110	59	M	Vocal	<i>Jose Aguilar Gonzalez</i>
				Vocal	
				Vocal	

(Adjuntar lista de asistencia y minuta de la reunión con nombre y firma de los integrantes y asistentes a la constitución del Comité)

II.- Datos de la obra ó acción del proyecto

Nombre y objetivo del proyecto: (obra o acción que se recibe)					
EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO					
Ubicación o Dirección: HIDALGO # 39					
Estado: JALISCO		Municipio: ATENGO		Localidad: ATENGO	
Monto del Proyecto:	\$ 521 263.96				
Fechas de Inicio y Terminó de las obras y/o acciones del proyecto:					
del 30 / 05 / 2016 al 01 / 12 / 2016					

**III.- Funciones y compromisos que realizará el Comité de Contraloría Social**

Funciones: <i>Marque con una X el cuadro que corresponda:</i>	
X	Solicitar la información pública relacionada con la operación del programa
X	Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa.
X	Vigilar que el ejercicio de los recursos sea oportuno, transparente y con apego a las reglas de operación.
	Vigilar que los beneficiarios del programa cumplan con los requisitos.
X	Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos.
X	Vigilar que exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos.
X	Vigilar que el programa no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo.
X	Vigilar que el programa no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.
X	Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas a la ejecución del proyecto .
X	Registrar en los formatos de informes anuales, los resultados de las Actividades de contraloría social.
X	Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución del programa.

Compromisos:
REALIZAR ACCIONES DE CONTRALORIA SOCIAL

Observaciones:

Alma Jarmin  
Temíquez Estrella DIRECTORA S.M. D.I.E

Nombre, Cargo y Firma del Enlace de Contraloría Social de la Instancia Ejecutora

Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
FICHA INFORMATIVA DE ACCIONES

Responsable del llenado: ALMA JAZMIN TERRIQUEZ ESTRELLA  
Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
Nombre del Comité: COMITÉ UBR ATENGO  
Nombre del proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO  
Estado: JALISCO  
Municipio: ATENGO  
Localidad: ATENGO  
No. de registro del Comité de Contraloría Social

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora del Programa, para que usted tenga la información de la obra por medio del proyecto que le corresponde para llevar a cabo las actividades de contraloría social.

1. El tipo de acción por recibir es: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO  
5.2 Características de los Apoyos y Vertientes (Vertientes)

2. EL tipo de apoyo por medio de acciones a financiar es: EQUIPAMIENTO PARA LA ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
5.2 Características de los Apoyos y Vertientes (Acciones)

3. El proyecto comprende:  
**Se anexa Formato para la Identificación y Validación de Proyectos para SEDIF para pronta referencia.**

4. La dependencia que ejecuta la acción es:  
 1 Gobierno Federal       X Gobierno del Estado       3 Municipio       4 OSC

5. La acción deberá estar:       1 Iniciada       2 En proceso       X Finalizada

Lo invitamos a que vigile que el apoyo, se entregue en los plazos establecidos y estén completos, así como recibir un trato de respeto durante su entrega.

Alma Jazmin Terriquez Estrella  
Nombre y firma del Servidor Público

Ana Lilia Gómez Villin  
Nombre del Integrante del Comité

Puesto y Sello de la Dependencia  


RFC



Programa de Atención a Personas con Discapacidad

CÉDULA DE VIGILANCIA EN OBRA

Responsable del llenado: N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A

El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.

No. de registro del Comité de Contraloría Social: [Grid]

El Comité lo integran: Número total de Hombres [Grid] Número total de Mujeres [Grid]

Comité constituido en: [Grid] Fecha de llenado de la cédula: [Grid]

Estado: N/A
Municipio:
Localidad:

Información a llenar por el Programa
Clave del Estado:
Clave del Municipio:
Clave de la Localidad:
Clave del Programa:

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: Del [Grid] [Grid] [Grid] Al [Grid] [Grid] [Grid]

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?

[ ] Sí [ ] No

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

- Objetivos del Programa
Beneficios que otorga el Programa
Requisitos para ser beneficiario (a)
Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse
Dependencias que aportan los recursos para el Programa
Dependencias que ejecutan el Programa
Conformación y funciones del comité o vocal
Dónde presentar quejas y denuncias
Derechos y compromisos de quienes operan el programa
Derechos y compromisos de quienes se benefician
Formas de hacer contraloría social

3. En caso de no haber recibido información, ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?

[ ] Sí [ ] No

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

- Solicitar información de las obras, apoyos o servicios
Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios
Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa
Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa
Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio
Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias
Contestar cédulas de vigilancia y/o encuestas
Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)
Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa

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

- Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
- Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
- Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
- Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)
- Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios

- Para que se atiendan nuestras quejas
- Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa
- Para lograr que el programa funcione mejor

**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?      Sí       No
- 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?      Sí       No
- 6.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?      Sí       No
- 6.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?      Sí       No
- 6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?      Sí       No
- 6.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?      Sí       No
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?      Sí       No
8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?      Sí       No

**9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente**

Nombre, puesto y firma del personal que recibe esta cédula

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

Identificación oficial



### Programa de Atención a Personas con Discapacidad CÉDULA DE VIGILANCIA EN ACCIONES

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)

El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

El Comité lo integran: Número total de Hombres  Número total de Mujeres

Comité constituido en:         Fecha de llenado de la cédula:

Estado: JALISCO  
Municipio: ATENGO  
Localidad: ATENGO

Información a llenar por el Programa  
Clave del Estado: \_\_\_\_\_  
Clave del Municipio: \_\_\_\_\_  
Clave de la Localidad: \_\_\_\_\_  
Clave del Programa: \_\_\_\_\_

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_  
Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: De         Al

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?  
 Sí  No

2. La información que conocen se refiere a: (puede elegir más de una opción)
- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del Programa                        | <input checked="" type="checkbox"/> Conformación y funciones del comité o vocal     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios que otorga el Programa             | <input checked="" type="checkbox"/> Dónde presentar quejas y denuncias              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiario (a)          | <input type="checkbox"/> 9 Derechos y compromisos de quienes operan el programa     |
| <input type="checkbox"/> 4 Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y compromisos de quienes se benefician |
| <input type="checkbox"/> 5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa | <input type="checkbox"/> 11 Formas de hacer contraloría social                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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?  
 Sí  No

4. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (puede elegir más de una opción)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios              | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios     | <input checked="" type="checkbox"/> Contestar cédulas de vigilancia y/o encuestas                  |
| <input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa                | <input checked="" type="checkbox"/> Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input checked="" type="checkbox"/> Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio |  |

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

<input type="checkbox"/>	1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa	<input checked="" type="checkbox"/>	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 personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa
<input type="checkbox"/>	3 Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que el programa funcione mejor
<input checked="" type="checkbox"/>	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios		

**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?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente**

CON LA CONFORMACION DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL, SE PODRA OBSERVAR, ORIENTAR Y RETROALIMENTAR TANTO A LA POBLACION BENEFICIADA CON DICHO PROGRAMA COMO AL MISMO COMITÉ.

*Maria Magdalena Meza Aranda* Encargada UBR

LIC.ENF. MARIA MAGDALENA MEZA ARANDA

Nombre, puesto y firma del personal que recibe esta cédula

Ana Lilia Gómez v.

ANA LILIA GOMEZ VALLIN

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

Identificación oficial



Programa de Atención a Personas con Discapacidad

INFORME ANUAL

Responsable del llenado: ANA LILIA GÓMEZ VALLIN

**El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:


El Comité lo integran: Número total de Hombres  Número total de Mujeres

Comité constituido en:         Fecha de llenado de la cédula:

Estado: JALISCO  
Municipio: ATENGO  
Localidad: ATENGO

*Información a llenar por el Programa*  
Clave del Estado: \_\_\_\_\_  
Clave del Municipio: \_\_\_\_\_  
Clave de la Localidad: \_\_\_\_\_  
Clave del Programa: \_\_\_\_\_

Obra, apoyo o servicio vigilado: PROGRAMA DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: De         Al

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?

Sí  No

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

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Objetivos del Programa                        | <input checked="" type="checkbox"/> Conformación y funciones del comité o vocal     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios que otorga el Programa             | <input checked="" type="checkbox"/> Dónde presentar quejas y denuncias              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiario (a)          | <input type="checkbox"/> 9 Derechos y compromisos de quienes operan el programa     |
| <input type="checkbox"/> 4 Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse | <input checked="" type="checkbox"/> Derechos y compromisos de quienes se benefician |
| <input type="checkbox"/> 5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa | <input type="checkbox"/> 11 Formas de hacer contraloría social                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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?

Sí  No

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios              | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios     | <input checked="" type="checkbox"/> Contestar cédulas de vigilancia y/o encuestas                  |
| <input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa                | <input checked="" type="checkbox"/> Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input checked="" type="checkbox"/> Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio |  |

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

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1 | Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa     | X | Para que se atiendan nuestras quejas  |
| 2 | Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios                 | 7 | Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa |
| 3 | Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa | X | Para lograr que el programa funcione mejor  |
| X | Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)         |   |   |
| X | Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios         |   |   |

**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?  | Sí | X  | No | 0  |
| 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?   | Sí | X  | No | 0  |
| 6.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?  | Sí | 1  | No | X  |
| 6.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?  | Sí | 1  | No | X  |
| 6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?  | Sí | NA | No | NA |
| 6.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?   | Sí | NA | No | NA |
| 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? | Sí | X  | No | 0  |
| 8. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?  | Sí | X  | No | 0  |

**9. De las siguientes preguntas, responda lo que piensa del Programa.**

9.1 ¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?

- |   |   |
|---|---|
| 1 | Acciones en salud para la Atención a Personas con Discapacidad  |
| X | Acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad          |
| 3 | Acciones de Desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad |

- |  |    |     |     |     |     |      |
|--|----|-----|-----|-----|-----|------|
| 9.2 ¿Este tipo de apoyo contribuyó a solucionar el problema de las personas con discapacidad?                      | Sí | X   | No  | 0   |     |      |
| 9.3 ¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema de las personas con discapacidad? | 1  | 2   | 3   | 4   | X   | 6    |
|  | 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| 9.4 ¿Considera que el apoyo otorgado mejoró su calidad de vida de las personas con discapacidad?                   | Sí | X   | No  | 0   |     |      |
| 9.5 ¿Considera que este tipo de apoyos mejoran el desarrollo social del municipio, estado o país?                  | Sí | X   | No  | 0   |     |      |
| 9.6 ¿Considera que este tipo de apoyos deben continuar?  | Sí | X   | No  | 0   |     |      |

9.7 ¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a las necesidades de las personas con discapacidad?

Si

No

9.8 Si requirieran este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿volvería a solicitarlo?

Si

No

10. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente

-----
-----
-----
-----
-----

*MMA* Encargada UBR

LIC. EN ENF. MARÍA MAGDALENA MEZA ARANDA  
Nombre, puesto y firma del personal que recibe esta cédula

Identificación oficial

*Ana Lilia Gómez V.*  
ANA LILIA GOMEZ VALLIN

ANA LILIA GOMEZ VALLIN  
Nombre y firma del (la) integrante del Comité



Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
MINUTA

Fecha: 1 6 | 1 1 | 1 6

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: ANA LILIA GOMEZ VALLIN  
Dependencia que ejecuta el programa: DIF ATENGO  
Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
Nombre del Comité: COMITÉ UBR ATENGO  
Nombre del Proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO  
Estado: JALISCO  
Municipio: ATENGO  
Localidad: ATENGO  
Fecha de Constitución del Comité: 1 6 | 1 1 | 1 6

II. Objetivo del proyecto:

EQUIPAMIENTO DE UBR

III.- Objetivo de la Reunión

CAPACITACION A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR LA CONTRALORIA SOCIAL DEL ESTADO Y CONFORMACION DEL COMITÉ.

IV.- Programa de la Reunión

1.- PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE CONTRALORIA SOCIAL Y CONFORMACION DEL COMITÉ  
3.- INSTALACION Y EQUIPAMIENTO DE UBR

V.- Resultados de la reunión

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

NINGUNA

2. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité:

NINGUNA

3. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité:

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	NINGUNA	
Quejas	NINGUNA	
Peticiones	NINGUNA	

VI.- Acuerdos y compromisos

Actividades	Fecha de Cumplimiento	Responsable
REALIZAR ACCIONES DE CONTRALORIA SOCIAL	DURANTE EL PROYECTO	COMITÉ

VII.- Asistentes en la reunión

Dependencia/ Comité	Nombre	Edad	Cargo	Correo electrónico	Firma
Representante Federal					
Comité de Contraloría Social	MA. GUADALUPE GARCIA NUÑEZ	42	VOCAL	<a href="mailto:gudulupe@hotmail.es">gudulupe@hotmail.es</a>	<i>Garcia N</i>
Beneficiarios	MARTHA ALICIA GARCIA	35	PRESIDENTA DEL COMITE		<i>Martha Alicia G</i>
En su caso, dependencias ejecutoras (SEDIF, SMDIF, Osc)	ALMA JAZMIN TERRIQUEZ ESTRELLA	27	DIRECTORA SMDIF	<a href="mailto:min_211188@hotmail.com">min_211188@hotmail.com</a>	<i>Alma Jazmin Terriquez Estrella</i>

Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
LISTA DE ASISTENCIA

Responsable del llenado: ANA LILIA GOMEZ VALLIN

DATOS GENERALES

Nombre del Comité: COMITÉ UBR ATENGO

No. de registro del Comité de contraloría Social: \_\_\_\_\_

Fecha: 16/11/2016

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: JALISCO

Municipio: ATENGO

Localidad: ATENGO

Dependencia que ejecuta el programa: DIF ATENGO

Nombre del programa: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO

Tipo de Apoyo: APOYO PARA LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
	Ma Guadalupe García	Vocal	gudulope@hotmail.es	García
	Martha alicia Garcia	Presidenta		Martha alicia Garcia
	Alma Jazmin Teniquez E.	Directora SM DIF	min_21188@hotmail.com	Alma Jazmin Teniquez Estrella
	Ignacia Sedano A	Encargada de programas		Ignacia Sedano A
	Gabriela Vallejo G	Encargada de programas		Gabriela Vallejo G
	Angelita V. Organista G.	Encargada de Programas		Angelita V. Organista G.
	Rosa Bonthu Devalle Jerez	trabajadora social	rojupala@hotmail.com	Rosa Bonthu Devalle
	J. Guadalupe Sisternas	chofer		J. Guadalupe Sisternas
	Ana Lilia Gomez Vallin	secretaria		Ana Lilia Gomez
	Jose Aguilar Gonzalez	Vocal		Jose Aguilar





Programa de Atención a Personas con Discapacidad

MINUTA

Fecha: 0 1 | 1 2 | 1 6

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: ANA LILIA GOMEZ VALLIN  
Dependencia que ejecuta el programa: DIF ATENGO  
Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
Nombre del Comité: COMITÉ UBR ATENGO  
Nombre del Proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO  
Estado: JALISCO  
Municipio: ATENGO  
Localidad: ATENGO  
Fecha de Constitución del Comité: 1 6 | 1 1 | 1 6

II. Objetivo del proyecto:

EQUIPAMIENTO DE UBR

III.- Objetivo de la Reunión

INSTALACION Y EQUIPAMIENTO DE UBR, CON LA FINALIDAD DE QUE EL COMITÉ SE ENCUENTRE ACTUALIZADO E INFORMADO DE LOS AVANCES DE DICHO PROYECTO

IV.- Programa de la Reunión

1.- PROGRAMA DE CAPACITACION SOBRE CONTRALORIA SOCIAL Y CONFORMACION DEL COMITÉ  
3.- INSTALACION Y EQUIPAMIENTO DE UBR

V.- Resultados de la reunión

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

NINGUNA

2. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité:

NINGUNA

3. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité:

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	NINGUNA	
Quejas	NINGUNA	
Peticiones	NINGUNA	

VI.- Acuerdos y compromisos

Actividades	Fecha de Cumplimiento	Responsable
REALIZAR ACCIONES DE CONTRALORIA SOCIAL	DURANTE EL PROYECTO	COMITÉ
HACER DIFUSION DEL PROYECTO	DURANTE EL PROYECTO	COMITÉ

VII.- Asistentes en la reunión

Dependencia/ Comité	Nombre	Edad	Cargo	Correo electrónico	Firma
Representante Federal					
Comité de Contraloría Social	MA. GUADALUPE GARCIA NUÑEZ	42	VOCAL	<a href="mailto:gudulupe@hotmail.es">gudulupe@hotmail.es</a>	<i>[Firma]</i>
Beneficiarios	MARTHA ALICIA GARCIA	35	PRESIDENTA DEL COMITE		<i>Martha alicia G.</i>
En su caso, dependencias ejecutoras (SEDIF, SMDIF, Osc)	ALMA JAZMIN TERRIQUEZ ESTRELLA	27	DIRECTORA SMDIF	<a href="mailto:min_211188@hotmail.com">min_211188@hotmail.com</a>	<i>Alma Jazmin Terriquez Estrella</i>

Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
LISTA DE ASISTENCIA

Responsable del llenado: ANA LILIA GOMEZ VALLIN

DATOS GENERALES

Nombre del Comité: COMITÉ UBR ATENGO

No. de registro del Comité de contraloría Social: \_\_\_\_\_ Fecha: 01/12/2016

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: JALISCO Municipio: ATENGO Localidad: ATENGO

Dependencia que ejecuta el programa: DIF ATENGO

Nombre del programa: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del proyecto: EQUIPAMIENTO DE UBR ATENGO

Tipo de Apoyo: APOYO PARA LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
DIF Atengo	MacGudalupe Garcia	Vocal	godolupe@hotmail.es	<i>MacGudalupe Garcia</i>
	Martha alicia Garcia	Presidenta		<i>Martha alicia Garcia</i>
	Alma Jaemin Tenquez E.	DIRECTORA SM. DIF	mina211188@hotmail.com	<i>Alma Jaemin Tenquez Estrella</i>
	Ignacio Sedano A.	Enc. de Program.		<i>Ignacio Sedano A.</i>
	Gabriela Vallejo Garcia	Encargada de Program.		<i>Gabriela Vallejo G.</i>
	Angeles Organista Garcia	Encargada de programas		<i>Angeles V. Organista G.</i>
DIF Atengo	Rosa Bertha Dávalos Velasco	trabajadora social	rosupala@hotmail.com	<i>Rosa Bertha Dávalos</i>
	J. Guadalupe Sostenes	chofer		<i>J. Guadalupe Sostenes L.</i>
	Ana Lilia Gómez Vallin	Secretaria.		<i>Ana Lilia Gómez</i>
	José Aguilar Coronado	vocal		<i>José Aguilar</i>