



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

2023-47-S010-2-HHG-19-12-004-0001-1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Servicio

Periodo que comprende el Informe:

Del 01/07/2023 Al 24/10/2023

Fecha de llenado del Informe: 24/10/2023
Clave de la Entidad Federativa: 017
Clave del Municipio o Alcaldía: 004
Clave de la Localidad: 0011

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL.

Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción u opciones que correspondan a su opinión.

1.- La información que recibió respecto al Programa por el responsable del mismo está relacionada con:

Table with 2 columns: No/Si and 4 rows of questions regarding information received from the program manager.

Table with 2 columns: No/Si and 3 rows of questions regarding contact information and mechanisms for complaints.

2.- Considera que la información recibida por el responsable del programa fue:

Table with 2 columns: No/Si and 2 rows of questions regarding the clarity and adequacy of the information received.

Table with 2 columns: No/Si and 2 rows of questions regarding the opportunity of the information received.

3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:

Table with 3 columns: No/Si/No aplica and 7 rows of questions regarding the payment, delivery, and use of the program's benefits.

4.- Durante o al final de sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad en el Programa?

No (pase a la pregunta 5) Si

4.1.- Si fue testigo de alguna irregularidad en el Programa:

Especifique cuál:

5.- ¿Conoce los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?

Table with 2 columns: No/Si and 6 rows of questions regarding awareness of various complaint mechanisms.

6.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria u otra integrante del Comité, presentó o presentaron una queja/denuncia/alerta sobre el Programa?

No (Pase a la pregunta 9) Si

7.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta:

Table with 2 columns: No/Si and 5 rows of questions regarding the mechanisms used for reporting complaints.

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?

0 No  1 Sí

9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité?

1 No  2 Sí  3 No aplica

10.- ¿El Comité de Contraloría Social realizó las siguientes actividades?

	No	Sí	
10.1	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
10.5	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
10.7	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
10.8	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?

11.- En su experiencia, ¿para qué obra que sirvió participar en actividades de Contraloría Social?

	No	Sí	
11.1	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
11.5	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
11.6	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	No se le encontró utilidad

12.- Según su experiencia, ¿son susceptibles de mejora los siguientes aspectos en el proceso de la Contraloría Social?

	No	Sí	
12.1	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
12.5	Otro:		

13.- El beneficio del Programa se encuentra (relacione sólo una respuesta):

<input type="radio"/> 1	Iniciado	<input checked="" type="radio"/> 4	Terminado o entregado
<input type="radio"/> 2	En proceso	<input type="radio"/> 5	Cancelado
<input type="radio"/> 3	Suspendido	<input type="radio"/> 6	No sé

14.- En caso de que el beneficio del Programa se encuentra suspendido o cancelado indique el motivo:

<input type="radio"/> 1	Fenómenos naturales	<input type="radio"/> 5	Contingencia sanitaria
<input type="radio"/> 2	Conflicto social	<input type="radio"/> 6	No sé
<input type="radio"/> 3	Cuestiones de inseguridad	<input type="radio"/> 7	No aplica
<input type="radio"/> 4	Problemas económicos	<input type="radio"/> 8	Incumplimiento de requisitos

15.- El Órgano Estatal de Control realizó alguna de las siguientes actividades con el Comité:

	No	Sí	No sé	
15.1	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Proporcionó capacitación
15.3	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Proporcionó material de difusión
15.4	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Apoyó en la recopilación del informe del Comité
15.5	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS

*Assael Galeana Belu*  
**ASSAEL GALEANA BELU**  
Enlace Estatal de Contraloría Social

Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe

*Marcela Alejandra Agustín*  
**Marcela Alejandra Agustín**

Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe