



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-19-12-063-0001-14/1

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Servicio

Periodo que comprende al Informe:

De 13 07 2023 A 17 10 2023

Fecha de llenado del informe: 17 10 2023
Clave de la Entidad Federativa: 012
Clave del Municipio o Alcaldía: 063
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. Rows 1.1 to 1.4 regarding information received from the program manager.

Table with 2 columns: No, Si. Rows 1.5 to 1.7 regarding contact data, rights, and complaint mechanisms.

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 2.1 (Clara) and 2.2 (Adecuada).

Table with 2 columns: No, Si. Rows 2.3 (Usó) and 2.4 (Oportuna).

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

Table with 4 columns: No, Si, No sabe. Rows 3.1 to 3.7 regarding payment, benefit delivery, and program use.

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) [X] 1 Si

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

Especifique cuál:

Blank lines for specifying irregularities.

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 5.1 to 5.6 regarding various complaint mechanisms.

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

No (Pase a la pregunta 9) [X] 1 Si

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 7.1 to 7.4 regarding mechanisms used for reporting.

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

0 No 1 Si

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

1 No 2 Si 3 No aplica

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

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

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

	No	Si	
11.1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
11.5	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
11.6	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 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	Si	
12.1	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
12.5	Otro:		

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

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

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

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

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

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

FIRMAS

ASAEZ GALEANA BELLO
Enlace Estatal de Contraloría Social

Beviana Visorio Mendoza
Juan Facilio Ignacio
Romualdo Ignacio Hernandez

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

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