

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PREENLADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

2023-47-5010-2-HHG-19-12-065-0001-B71

Obra, apoyo o servicio vigilado:

servicio

Periodo que comprende el Informe

Del 19 DIA 07 MES 2023 AÑO
A 26 DIA 10 MES 2023 AÑO

Fecha de llenado del Informe: DIA 26 MES 10 AÑO 2023
Clave de la Entidad Federativa: 017
Clave del Municipio o Alcaldía: 065
Clave de la Localidad: 0007

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 corresponden a su opinión

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

	No	Si	
1.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social
1.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
1.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
1.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa

	No	Si	
1.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias

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

	No	Si	
2.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara
2.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada

	No	Si	
2.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oportuna

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

	No	Si	Reserva	
3.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
3.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

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) 1 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?

	No	Si	
5.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
5.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Organos Internos de Control
5.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Organos Estatales de Control

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) 1 Si

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

	No	Si	
7.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
7.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

5.- ¿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?

Table with 10 rows (10.1-10.8) and 2 columns (No, Si) for various activities like 'Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio'.

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

Table with 7 rows (11.1-11.7) and 2 columns (No, Si) for reasons like 'Para mejorar el funcionamiento del Programa'.

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

Table with 5 rows (12.1-12.5) and 2 columns (No, Si) for aspects like 'Confirmación de Comités de Contraloría Social'.

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

Form with 3 columns: 1 Iniciado, 2 En proceso, 3 Suspendido, 4 Terminado o entregado, 5 Cancelado, 6 No sé.

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

Form with 4 columns: 1 Fenómenos naturales, 2 Conflicto social, 3 Cuestiones de inseguridad, 4 Problemas económicos, 5 Contingencia sanitaria, 6 No sé, 7 No aplica, 8 Incumplimiento de requisitos.

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

Table with 5 rows (15.1-15.5) and 4 columns (No, Si, No sé) for activities like 'Asistió a la constitución del Comité'.

FIRMAS

ASSAEL GALEANA BELLO Enlace Estatal de Contraloría Social

Nicolas Bartdo Romero Escamilla Aurora Vaquez Romero Nicolaza Dionisia Escamilla Berdejo

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