



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

(Nombre del Programa)

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

2023-47-5010-2-HHG-19-12-018-0001-10/1

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Servicio

Periodo que comprende el Informe:

Del 21 DÍA 07 MES 2023 AÑO  
Al 07 DÍA 11 MES 2023 AÑO

Fecha de llenado del Informe: DÍA 07 MES 11 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa: 012

Clave del Municipio o Alcaldía: 018

Clave de la Localidad: 0039

**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:**

	No	Sí	
1.1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social
1.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
1.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
1.4	0	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa

	No	Sí	
1.5	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.6	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.7	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias

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

	No	Sí	
2.1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara
2.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada

	No	Sí	
2.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.4	0	<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	Sí	No aplica	
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 Sí

**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	Sí	
5.1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
5.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
5.6	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos 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 Sí

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

	No	Sí	
7.1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
7.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa



**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="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿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"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
10.7	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
10.8	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?

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

	No	Sí	
11.1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
11.5	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
11.6	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 encuentra 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	Sí	No sé	
15.1	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó capacitación
15.3	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó material de difusión
15.4	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
15.5	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

**FIRMAS**

*Ad B.*  
Asael Galeana Bello  
Enlace Estatal de Contraloría Social

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

Yeimi Gutierrez Perez  
Celia Santiago Garcia  
Rosibel Teodoro Vargas

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