

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-47-SO10-2-MHG-19-12-019-0002-15/1

Clave, apoyo o servicio vigilado: Servicio

Periodo que comprende el informe: De 10 de 07 de 2023 a 16 de 10 de 2023

Fecha de llenado del Informe: De 16 de 10 de 2023

Clave de la Entidad Federativa: 017

Clave del Municipio o Alcaldía: 019

Clave de la Localidad: 0001

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORIA 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.	No	Si	Descripción	No	Si	Descripción
1.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social	1.5	<input type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y monto del beneficio otorgado	1.6	<input type="checkbox"/>	Los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	1.7	<input type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa			

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

No.	No	Si	Descripción	No	Si	Descripción
2.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara	2.5	<input type="checkbox"/>	Util
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	2.6	<input type="checkbox"/>	Oportuna

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

No.	No	Si	Respuesta	Descripción
3.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿Este beneficio representa una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
3.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	¿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, ¿ha sido testigo de alguna irregularidad en el Programa?

No (ase a la pregunta 3) 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.	No	Si	Descripción
5.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDIC)
5.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Organos Internos de Control
5.6	<input type="checkbox"/>	<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 (ase a la pregunta 3) Si

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

No.	No	Si	Descripción
7.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDIC)
7.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
7.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Organos Internos de Control
7.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Organos Estatales de Control



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida? Si No 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 (10.1-10.10) and 2 columns (No, Si). All 'Si' boxes are checked.

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). All 'Si' boxes are checked.

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). All 'Si' boxes are checked.

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

Table with 6 options (1-6). Option 1 is selected.

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

Table with 8 options (1-8). Option 1 is selected.

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, Nunca). All 'Si' boxes are checked.

FIRMAS

ASISABEL GALEANA BELLO
Enlace Estatal de Contraloría Social

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

Facunda Ramirez Pablo
Irma Dominguez Bobadilla
Reina Jimenez de Jesus

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