



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACION PRELENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-47-5010-2-HHG-19-12-025-0001-1114

Obra, apoyo o servicio vigilado: Servicio

Periodo que comprende el Informe: Del 26 Día, 07 MES, 2023 AÑO. Fecha de llenado del Informe: 06 Día, 11 MES, 2023 AÑO. Clave de la Entidad Federativa: 012. Clave del Municipio o Alcaldía: 075. Clave de la Localidad: 0001.

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, Sí. Rows 1.1-1.4 regarding information received from the responsible party.

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 1.5-1.7 regarding contact information, rights, and complaint mechanisms.

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

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 2.1-2.2 regarding clarity and adequacy of information.

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 2.3-2.4 regarding usefulness and timeliness of information.

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

Table with 3 columns: No, Sí, No aplica. Rows 3.1-3.7 regarding payment, delivery, and impact of the benefit.

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

[X] No (pase a la pregunta 5) [1] Sí

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, Sí. Rows 5.1-5.6 regarding various complaint mechanisms.

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

[X] No (Pase a la pregunta 9) [1] Sí

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

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

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 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 type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	Terminado o entregado
<input checked="" type="checkbox"/>	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

Assel Galeana Bello
Assel Galeana Bello
Enlace Estatal de Contraloría Social

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

Dany Gisela Lorob Rodriguez
Yohana Anel Gallegos Jimenez

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