

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELEENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: _____

Obra, apoyo o servicio vigilado: _____

Período que comprende el Informe:

Del: / /
DÍA MES AÑO

Al: / /
DÍA MES AÑO

Fecha de llenado del Informe: DÍA MES AÑO

Clave de la Entidad Federativa: _____

Clave del Municipio o Alcaldía: _____

Clave de la Localidad: _____

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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
1.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
1.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa

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

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

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

	No	Sí	
2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.4	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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) 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	<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 (SIDECC)
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 Órganos Internos de Control
5.6	<input type="checkbox"/>	<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) Sí

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

	No	Sí	
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 (SIDECC)
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 Órganos Internos de Control
7.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control



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?

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 10.1 to 10.8 with questions about benefit delivery, program use, requirements, meetings, information requests, and capacity building.

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

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 11.1 to 11.7 with reasons for participation such as program improvement, timely benefits, and attention to responsibilities.

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

Table with 2 columns: No, Sí. Rows 12.1 to 12.4 with aspects like committee formation, training, information, and follow-up mechanisms.

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

Form with 6 options: 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 8 options: 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 3 columns: No, Sí, No sé. Rows 15.1 to 15.5 with activities like attending meetings, providing training, and material diffusion.

FIRMAS

Blank space for the signature of the public servant.

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

Blank space for the signature of the committee member.

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

Informational box with three columns: EN LA WEB (platforms and links), VIA CORRESPONDENCIA (address and phone), and DE MANERA PRESENCIAL (location).

Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles

Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán remitir información que consideren pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx