

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

2023-47-S010-2-HHG-19-02-002-331-S/1

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Centro para el desarrollo de las Mujeres

Periodo que comprende el Informe:

Del 02 DÍA 05 MES 2023 AÑO  
Al 30 DÍA 11 MES 2023 AÑO

Fecha de llenado del Informe: DÍA 31 MES 10 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa:

02

Clave del Municipio o Alcaldía:

002

Clave de la Localidad:

062

**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.- Consideras 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 checked="" type="checkbox"/>	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
3.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**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 (SIDECA)
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

**8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?**

No  Sí

**9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la Integración del Comité?**

No  Sí  No aplica

**10.- ¿El Comité de Contraloría Social realizó las siguientes actividades?**

	No	Sí	
10.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verifiqué el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigilé el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigilé que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participé en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
10.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicité información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orienté a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
10.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
10.8	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
11.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
11.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> 4	Terminado o entregado
<input checked="" 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

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

No	Sí	No sé	
15.1	1	3	Asistió a la constitución del Comité
15.2	1	3	Proporcionó capacitación
15.3	1	3	Proporcionó material de difusión
15.4	1	3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
15.5	1	3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

**FIRMAS**

Luis Enrique Higuera Aguilar

Maria Jesús Draz Camacho

Ma del Rosario Ortiz Mora

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

<p><b>EN LA WEB</b></p> <p>El Comité de Contraloría Social y el Órgano Estatal de Control tienen presencia en Internet para promover la transparencia y combatir la corrupción a través de los siguientes enlaces:</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>OPORTUNIDAD DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA (SEDEO)</p> <p><a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Envía tu contribución a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Solidaridad 1000, No. 1745, Piso 2 4to. Norte, Guadalupe Inn, Alvaro Obregón, C. P. 06600, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interocepción a la República al 01 28 770 y Ciudad de México al 01 20 20 20</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>Envía el material de tu institución al Órgano Estatal de Control, Secretaría de la Función Pública, Instituto de la Mujer, Av. Integración 975, Plazuela Bata, Guadalupe Inn, Alvaro Obregón, Ciudad de México, C. P. 06600, Ciudad de México.</p>
---	--	--

**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: [comunicacion@stia.funcionpublica.gob.mx](mailto:comunicacion@stia.funcionpublica.gob.mx)

INMUJERES INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES		Nombre y/o tema de la actividad: Facilitador/as/es/ o responsables directos:		Fecha de la actividad (dd/mm/aaaa)															
Total de Participantes		Cierre Comité de Controladora Social Lic. Dineida Ruiz Mexicali.		31/10/23															
				Institución que imparte u organiza:															
Total		Sin categoría		Indígenas		Afrodescendientes		Com discapacidad		Migrantes		Nº instituciones y/o municipios atendidos		Indique con una X el tipo de actividad:		Diplomado ( )		Certificaciones ( )	
Mujeres														Curso ( )		Seminarios ( )		Foro ( )	
Hombres														Talleres ( )					
Otro														Otro ( )					
SEXO		NOMBRE		RANGO DE EDAD		INSTITUCIÓN / MUNICIPIO DE PROCEDENCIA		CARGO / OCUPACIÓN		CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO (LADA + TEL)		FIRMA					
M / H / Otro		A) 0 a 14 B) 15 a 20 C) 20 a 44 D) 45 a 59 E) 60 y más		A) Sin Categoría B) Indígenas C) Afrodescendientes D) Con discapacidad E) Migrantes		A) Opción 1 B) Opción 2		A) Opción 1 B) Opción 2		A) Opción 1 B) Opción 2		A) Opción 1 B) Opción 2							
M	Ma del Rosano Ruiz Mora	D	A	Angeles de Puebla	Hogar	andyspollos@gmail.com	686 440 22 17												
M	Cristina F Vega Gtz	D	A	INMUJER	Asesora	creaty y promotora@gmail.com	686												
M	Claudia Melissa Ruiz Guerin	C	A	INMUJER	Empoderamiento economico	Claudia Melissa Ruiz covain@gmail	686 1188675												
M	Maria Jesus Diaz Camacho	D	A	INMUJER	HOGAR	maria-araz-camacho@hotmail.com	686 1214764												
M	Maria Guadalupe Moreno Pérez	C	A	INMUJER	Hogar	mavreno percz@hotmail.com	686429 8963	Maria Graciela											
M	Jany Quetzada Herrera	C	A	INMUJER	Hogar	Janta 26038@gmail.com	6862 892316	Janta Quetzada											
H	Luis Enrique Figueroa Aguilar	D	D	INMUJER	Embacc.	luisfigueroa19mujer@gmail.com	686148 7630												
M	Yamarc Tongo	C	A	INMUJER	Promotora		686312 3563	Yamarc Tongo											