

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-19-02-005-0374-6/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Centro para el desarrollo de las Mujeres

Periodo que comprende el Informe: De 02 DIA 05 MES 2023 AÑO
Al 30 DIA 11 MES 2023 AÑO

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

Clave de la Entidad Federativa: 02

Clave del Municipio o Alcaldía: 005

Clave de la Localidad: 005

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		No	Sí		
1.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social	1.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado	1.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u 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"/>	<input checked="" 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.- Consideras que la información recibida por el responsable del programa fue:

	No	Sí		No	Sí		
2.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara	2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	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 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) 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE)
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"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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

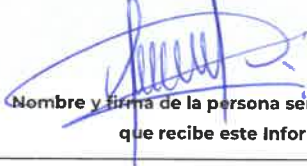
INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

	No	Sí	No sé	
15.1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Asistió a la constitución del Comité
15.2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Proporcionó capacitación
15.3	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Proporcionó material de difusión
15.4	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
15.5	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS

Lois Enrique Higuera Aguilar



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

Alondra Acosta G. ~~Alfonso Noyah Jimenez~~



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

<p>EN LA WEB</p> <p>1. Para el envío de solicitudes de Atención Ciudadana y Atención al Ciudadano:</p> <p>https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</p> <p>2. Para el envío de solicitudes de Atención al Ciudadano de los Municipios:</p> <p>https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</p>	<p>VIA CORRESPONDENCIA</p> <p>1. En el caso de la Contraloría Social de los Municipios:</p> <p>Carretera Mexicana, 18. Función Pública, Ciudad de México, C.P. 06700</p> <p>2. En el caso de la Contraloría Social de los Estados:</p> <p>Carretera Mexicana, 18. Función Pública, Ciudad de México, C.P. 06700</p> <p>VÍA TELEFÓNICA</p> <p>1. En el caso de la Contraloría Social de los Municipios:</p> <p>Teléfono de la Ciudad de México: 52 55 56 26 26 26</p> <p>2. En el caso de la Contraloría Social de los Estados:</p> <p>Teléfono de la Ciudad de México: 52 55 56 26 26 26</p>	<p>DE MANERA PRESENCIAL</p> <p>En el caso de la Contraloría Social de los Municipios:</p> <p>Carretera Mexicana, 18. Función Pública, Ciudad de México, C.P. 06700</p> <p>En el caso de la Contraloría Social de los Estados:</p> <p>Carretera Mexicana, 18. Función Pública, Ciudad de México, C.P. 06700</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@funcionpublica.gob.mx

INMUJERES INSTRUMENTO NACIONAL DE LAS MUJERES		Nombre y/o tema de la actividad: Facilitador/a/tes o responsable director:		Fecha de la actividad (dd/mm/aaaa)			
Total de Participantes		Institución que imparte u organiza:			Diplomado () Curso () Talleres () Otro ()		
		Indique con una X el tipo de actividad:			Certificaciones () Seminarios () Foro ()		
		N° Instituciones y/o municipios atendidas					
		Migrantes					
		Indígenas					
		Afrodescendientes					
		Con discapacidad					
		Sin categoría					
		Mujeres					
		Hombres					
		Otro					
		Si información es muy importante para nosotros, favor de escribir todos sus datos completos, sin abreviaturas y con letra legible de modo, no dejar espacios en blanco.					
SEXO	NOMBRE	RANGO DE EDAD	INSTITUCIÓN / MUNICIPIO DE PROCEDENCIA	CARGO / OCUPACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO (LADA + TEL)	FIRMA
		A) 0 a 14 B) 15 a 29 C) 30 a 44 D) 45 a 59 E) 60 y más			A) Opción 1 B) Opción 2	A) Opción 1 B) Opción 2	
1	M Brenda Guerrero	C	CDM Rosarito	Empoderamiento	a) brenchguerrero193@gmail.com b)	a) 4191914 b) 2438	B.C.C.
2	M Zayra Ureña	B	CDM Rosarito	Promotora	a) zayra.urena@farsa@gmail.com b)	a) 661 146 b) 6155	Ureña
3	M Alondra Acosta	B	Contraloría Social (CDM Rosarito)	Secretaria	a) alondracosta@uaniso@gmail.com b)	a) 661-147-0130 b)	Alondra Acosta
4	M Nayeli Jimenez	B	Contraloría Social	Presidenta	a) nayelivillalobos@gmail.com b) lora@egm.com	a) 664-772-6245 b)	Nayeli Jimenez
5	M Sarai Nen Ruiz	C	CDM Facilitadora Rosarito	Facilitadora	a) Sarai.nr1104@gmail.com b)	a) 664 b) 204-74-96	Sarai Ruiz
6	H Daniel A. Alejandre Luis	B	Constitución	Usuario	a) DanielAlejandres@Outlook.com b)	a) b)	Daniel Alejandro
7	M Ana Catarina Aguirre Pingarrón	C	Inmujer BC	Coordinación CDM	a) cdmproacabimbc@gmail.com b)	a) 646 294 87 26 b)	Ana A.P.
8	M Alma Naterri Hernandez Loaeza	C	CDM Rosarito	Asesora	a) complax@deRosarito@gmail.com b)	a) 664602 7171 b)	Alma

IC-daniela Ruiz Mendaza Rosarito
 Instituto de la Mujer
 IC Daniela Ruiz Mendaza
 @gmail.com 72877