

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 - 5010 - 2 - HHG - 19 - 02 - 003 - 1736 - 711

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 14 MES 11 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa: 02
Clave del Municipio o Alcaldía: 003
Clave de la Localidad: 003

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	<input type="checkbox"/>	<input 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECA)
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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECA)
7.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
7.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
7.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
10.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
10.7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
10.8	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
11.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
11.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
12.5	Otro:		

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

<input type="radio"/> 1	Iniciado	<input type="radio"/> 4	Terminado o entregado
<input checked="" type="radio"/> 2	En proceso	<input type="radio"/> 5	Cancelado
<input type="radio"/> 3	Suspendido	<input type="radio"/> 6	No sé

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


<input type="radio"/> 1	Fenómenos naturales	<input type="radio"/> 5	Contingencia sanitaria
<input type="radio"/> 2	Conflicto social	<input type="radio"/> 6	No sé
<input type="radio"/> 3	Cuestiones de inseguridad	<input checked="" type="radio"/> 7	No aplica
<input type="radio"/> 4	Problemas económicos	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó capacitación
15.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó material de difusión
15.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
15.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS

Luis Enrique Higuera Aguilar

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

Isabel Carmen Rodríguez
Patricia Guadalupe de León Ramos
Patricia Gue de León
Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe

EN LA WEB	VÍA CORRESPONDENCIA	DE MANERA PRESENCIAL
<p>El portal de Internet: https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</p> <p>Denuncia Ciudadana de Corrupción (SIDE C): https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</p>	<p>El correo electrónico: comite@funcionpublica.gob.mx</p> <p>VÍA TELEFÓNICA</p> <p>Teléfono de la Función Pública: 55 2060 2400</p>	<p>En el domicilio: Calle Constituyente de la Función Pública, s/n, Av. Insurgente S/N 1735, Planta Baja, Ciudad de México, 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: comite@funcionpublica.gob.mx

INMUJERES INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES		Nombre y/o tema de la actividad: Facilitador/a/es o responsables directos:		Fecha de la actividad (dd/mm/aaaa)															
Total de Participantes		Institución que imparte u organiza:																	
		Sin categoría		Indígenas		Afrodescendientes		Con discapacidad		Migrantes		N° instituciones y/o municipios atendidos		Indique con una X el tipo de actividad:		Diplomado () Curso () Talleres () Otro ()		Certificaciones () Seminarios () Foro ()	
SEJO	NOMBRE	RANGO DE EDAD	Su información es muy importante para nosotros/as, favor de escribir todos sus datos completos, sin abreviaturas y con letra legible de molde. No dejar espacios en blanco.					CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO (LADA + TEL)		FIRMA							
M/H/Otro		A) 0 a 14 B) 15 a 29 C) 30 a 44 D) 45 a 59 E) 60 y más	A) Sin categoría B) Indígenas C) Afrodescendientes D) Con discapacidad E) Migrantes	INSTITUCIÓN / MUNICIPIO DE PROCEDENCIA		CARGO / OCUPACIÓN		A) Opción 1 B) Opción 2	A) Opción 1 B) Opción 2	A) Opción 1 B) Opción 2									
M	Carmen Rodríguez	E 61	A	Col. Colosio		Presidenta Comité Contralora		a)	a)	a)									
M	Josefina Zavala	SZ D	A	Colosio				b)	b)	b)									
M	Nancy Tena	28 B	A	CDM Tecate		Promotora		a)	a)	a)	Nancy Tena								
M	Alejandra Pérez	B	A	CDM Tecate		Empoderamiento económico		a)	a)	a)									
M	Carolina Serrano	D	A	CDM Tecate		Asesora		a)	a)	a)									
M	Abigail Zamora	B	A	CDM Tecate		Facilitadora		a)	a)	a)	66510461 910								
M	Patricia y Gne de John Kumb	E	A	Bella Vista		Promotora social		a)	a)	a)									
M	Daniela Ruz Mendoza	B	A	Imajer BC		Contralora Social		a)	a)	a)	68683 7287								