

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: \_\_\_\_\_

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Periodo que comprende el Informe: Del  DIA  MES  AÑO Al  DIA  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		No	Sí	
1.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	La Contraloría Social
1.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Los Objetivos del Programa
1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
1.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Los datos de Contacto de los responsables del Programa
1.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias

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

No	Sí		No	Sí	
2.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Clara
2.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Adecuada
2.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	Útil
2.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input 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 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?

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

No  Sí

**4.1.- Si fue testigo de alguna irregularidad en el Programa:**

Especifique cuál: \_\_\_\_\_

**5.- ¿Considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?**

No  Sí

**6.- ¿Conoce los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?**

No	Sí			
6.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
6.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
6.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
6.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos establecidos por el Programa
6.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
6.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

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

No (Pase a la pregunta 11)  Sí

**8.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta. (Puede marcar una o más opciones, según sea el caso)**

No	Sí			
8.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
8.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
8.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
8.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos establecidos por el Programa
8.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
8.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**9.- ¿Cuál fue o cuáles fueron los motivos de su queja/denuncia/alerta?** (Puede marcar una o más opciones, según sea el caso)

	No	SI	
9.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Falta de difusión de la información sobre el Programa
9.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	El Programa no aplica los recursos públicos de forma transparente
9.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con sus obligaciones
9.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No se cumple con los periodos para la realización de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios
9.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No existe documentación comprobatoria del uso de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios
9.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	El Programa no cumple con las reglas establecidas para su funcionamiento

**10.- ¿Fue procedente su queja/denuncia/alerta?**  No  SI

**11.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité?**  No  SI  No aplica

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

	No	SI	
12.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verifiqué el cumplimiento de la entrega del beneficio?
12.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigilé el uso correcto de los recursos del Programa?
12.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigilé que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con sus obligaciones?
12.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participé en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
12.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicité información sobre los beneficios recibidos?
12.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orienté a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias/alertas?
12.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
12.8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?

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

	No	SI	
13.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
13.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
13.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
13.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
13.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar una atención oportuna a quejas/denuncias
13.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
13.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No se le encontró utilidad

**14.- ¿Considera que la realización de las actividades de Contraloría Social fue ajena a cualquier partido, organización política o culto religioso?**

No  SI

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

	No	SI	
15.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acceso a la información en tiempo y forma
15.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Respuesta y/o seguimiento a quejas/denuncias/alertas
15.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Comunicación con las personas responsables del Programa
15.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Informes de Contraloría Social (por ejemplo este)
15.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Eliminar las irregularidades detectadas en el Programa

Otro:

**16.- En caso de que su Programa implique obra pública, la obra se encuentra**

<input checked="" type="checkbox"/> 1	Iniciada	<input type="checkbox"/> 4	Terminada
<input type="checkbox"/> 2	En proceso	<input type="checkbox"/> 5	No sé
<input type="checkbox"/> 3	Suspendida	<input type="checkbox"/> 6	No aplica

**17.- La obra pública se encuentra suspendida por:**

<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	Medidas de seguridad	<input type="checkbox"/> 7	No aplica
<input type="checkbox"/> 4	Problemas económicos		

**18.- ¿La obra es útil para su comunidad?**  No  SI

**19.- Comentarios u observaciones generales:**

---



---



---

**FIRMAS**

**Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe (Datos de contacto, correo electrónico y/o número celular)**

**Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe (Datos de contacto, correo electrónico y/o número celular)**

**Mecanismos de Atención a Quejas y Denuncias**

<p align="center"><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Comisión para casos graves de corrupción o cuando se requiere de confidencialidad</p> <p align="center"><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Comisión (SIDE):</p> <p align="center"><a href="https://sidedec.funcionpublica.gob.mx/si/">https://sidedec.funcionpublica.gob.mx/si/</a></p>	<p align="center"><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Plata fu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 06020, Ciudad de México.</p> <p align="center"><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 800 11 28 7000 y Ciudad de México 2000 2000</p>	<p align="center"><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 06020, 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: [contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx](mailto:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx)  
55 2000 3000 ext. 3348