

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2021

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: CDM-2021-Cárzaro Cárdenas/2021-47-Soio-HHG-19-23 027-0007-7/7

Obra, apoyo o servicio vigilado: Centro Para el Desarrollo de las Mujeres de Cárzaro Cárdenas

Periodo que comprende el informe

Del 28 09 2021  
DIA MES AÑO  
Al 29 11 2021  
DIA MES AÑO

Fecha de llenado del Informe DIA 29 MES 11 AÑO 2021  
Clave de la Entidad Federativa 23  
Clave del Municipio o Alcaldía 006  
Clave de la Localidad 0001

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="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | La Contraloría Social                               |
| 1.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Los Objetivos del Programa                          |
| 1.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Las características y montos del beneficio otorgado |

|     | No                    | Sí                               |   |
|-----|-----------------------|----------------------------------|---|
| 1.4 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Los datos de Contacto de los responsables del Programa      |
| 1.5 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| 1.6 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias           |

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

|     | No                    | Sí                               |          |
|-----|-----------------------|----------------------------------|----------|
| 2.1 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Clara    |
| 2.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Adecuada |

|     | No                    | Sí                               |          |
|-----|-----------------------|----------------------------------|----------|
| 2.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Útil     |
| 2.4 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | 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="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa? |
| 3.2 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Le fue entregado completo el beneficio?   |
| 3.3 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?        |
| 3.4 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?             |
| 3.5 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?  |
| 3.6 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 6.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)                      |
| 6.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 6.4 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 6.5 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control                          |
| 6.6 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | 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 (Fase a la pregunta 11)

1 Si

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                       | Si                       |  |
|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 8.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 8.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)                      |
| 8.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 8.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 8.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control                          |
| 8.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Estatales de Control                         |

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 type="checkbox"/> | Falta de difusión de la información sobre el Programa   |
| 9.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El Programa no aplica los recursos públicos de forma transparente   |
| 9.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con sus obligaciones   |
| 9.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No se cumple con los períodos para la realización de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios                |
| 9.5 | <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | El Programa no cumple con las reglas establecidas para su funcionamiento  |

10.- ¿Fue procedente su queja/denuncia/alerta?

No  1 Si

11.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité?

1 No  Si  3 No aplica

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

|      | No                       | Si                                  |   |
|------|--------------------------|-------------------------------------|---|
| 12.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?  |
| 12.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?   |
| 12.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con sus obligaciones?                                    |
| 12.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 12.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?   |
| 12.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Orientó 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 checked="" type="checkbox"/> | <input 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  Sí

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

| No                                  | Sí  |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                |
| 1                                   | Acceso a la información en tiempo y forma               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                |
| 2                                   | Respuesta y/o seguimiento a quejas/denuncias/alertas    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                |
| 3                                   | Comunicación con las personas responsables del Programa |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                |
| 4                                   | Informes de Contraloría Social (por ejemplo este)       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                |
| 5                                   | Eliminar las irregularidades detectadas en el Programa  |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                |
| 6                                   | Otro:   |

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

|                          |   |            |                                     |   |           |
|--------------------------|---|------------|-------------------------------------|---|-----------|
| <input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | 7 | No aplica              |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Problemas económicos |                                     |   |                        |

18. ¿La obra es útil para su comunidad?  No  Sí

Página 3

19. Comentarios u observaciones generales:

FIRMAS

C. Augusto Cesar Salgado Sángri.  
Titular de la Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública y  
Protección de Datos Personales y Enlace Responsable de Contraloría Social.

Los datos que se testan en el presente documento, están protegidos en base a lo establecido en el Artículo 52 y 137 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo y a lo establecido en el Artículo 1, 3 fracción I, II y III, 11 y 32 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.

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><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 (<a href="https://alertadores.funccionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funccionpublica.gob.mx/</a>)</p> <p>Denuncia Ciudadana de la Comisión (SICÉC) (<a href="https://sideda.funccionpublica.gob.mx/#/">https://sideda.funccionpublica.gob.mx/#/</a>)</p> | <p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1726, Piso 2 Aja Norte, Cuauhtémoc Inn., Álvaro Obregón, C.P. 04020, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000</p> | <p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el Módulo 2 de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1726, Planta Baja, Cuauhtémoc Inn., Álvaro Obregón, Código Postal 04020, Ciudad de México.</p> |
|---|---|--|

Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles

Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán enviar información que consideren pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: [contraloriasocial@funccionpublica.gob.mx](mailto:contraloriasocial@funccionpublica.gob.mx)  
55 2000 2000 ext. 3348