

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:

Centro para el Desarrollo de las Mujeres José Mario Morelos

Periodo que comprende el Informe:

Del 01 05 2022
DÍA MES AÑO
Al 02 09 2022
DÍA MES AÑO

Fecha de llenado del Informe: DÍA 02 MES 09 AÑO 2022

Clave de la Entidad Federativa: 23

Clave del Municipio o Alcaldía: 006

Clave de la Localidad: 0069

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 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 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 (SIDECD) |
| 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

7.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta.

| | No | Sí | |
|-----|--------------------------|--------------------------|--|
| 7.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 7.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD) |
| 7.3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| 7.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa |
| 7.5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control |



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida? 0 No 1 Sí

9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité? 1 No X Sí 3 No aplica

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

Table with 10 rows (10.1-10.8) and 2 columns (No, Sí) for various activities like '¿Verifiqué el cumplimiento de la entrega del beneficio?'.

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

Table with 7 rows (11.1-11.7) and 2 columns (No, Sí) for reasons like 'Para mejorar el funcionamiento del Programa'.

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

Table with 5 rows (12.1-12.5) and 2 columns (No, Sí) for aspects like 'Conformación de Comités de Contraloría Social'.

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

Table with 6 options: 1 Iniciado, 2 En proceso, 3 Suspendido, 4 Terminado o entregado, 5 Cancelado, 6 No sé.

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

Table with 8 options: 1 Fenómenos naturales, 2 Conflicto social, 3 Cuestiones de inseguridad, 4 Problemas económicos, 5 Contingencia sanitaria, 6 No sé, 7 No aplica, 8 Incumplimiento de requisitos.

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

Table with 5 rows (15.1-15.5) and 3 columns (No, Sí, No sé) for activities like 'Asistió a la constitución del Comité'.

FIRMAS

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signatures and stamps: 'Margarita Contreras', 'Erica H. Dzul Crespo', 'Cristina Alejandra Tzuc González'.

Vertical text on the right margin: 'Con fundamento en la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de RHO, artículo 4, fracción X, se listan los contenidos de los datos personales de los comités de contraloría social que se encuentran en el sistema de información'.



FUNCIÓN PÚBLICA



2022 Flores Magón



INMUJERES

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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>EN LA WEB</p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad</p> <p>https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEC)</p> <p>https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</p> | <p>VÍA CORRESPONDENCIA</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. 1735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México.</p> <p>VÍA TELEFÓNICA</p> <p>Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p> | <p>DE MANERA PRESENCIAL</p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.</p> |
| <p>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</p> | | |
| <p>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</p> | | |