

**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: **Centro Paralelo Desarrollo de las Mujeres**

Otra, apoyo o servicio vigilado: **03 09 2022**

Periodo que comprende el informe: **01 09 2022**

Fecha de llenado del informe: **02 09 2022**

Clave de la Entidad Federativa: **23**

Clave del Municipio o Alcaldía: **003**

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 | Si                                  |                                                             |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 11 | <input checked="" type="checkbox"/> | La Contraloría Social                                       |
| 12 | <input checked="" type="checkbox"/> | Las características y montos del beneficio otorgado         |
| 13 | <input checked="" type="checkbox"/> | Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa   |
| 14 | <input checked="" type="checkbox"/> | La población a la que va dirigido el Programa               |
| 15 | <input checked="" type="checkbox"/> | Los datos de contacto de los responsables del Programa      |
| 16 | <input checked="" type="checkbox"/> | Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| 17 | <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 | Si                                  |          |
|----|-------------------------------------|----------|
| 21 | <input checked="" type="checkbox"/> | Clara    |
| 22 | <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuada |
| 23 | <input checked="" type="checkbox"/> | Útil     |
| 24 | <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 | Si                                  | No aplica                |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?                          |
| 32 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue entregado completo el beneficio?                                                                    |
| 33 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?                                 |
| 34 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?                                      |
| 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?                           |
| 36 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?                                      |
| 37 | <input checked="" 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) ☐ Si

**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 | Si                                  |                                                                        |
|----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 51 | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 52 | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)                       |
| 53 | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 54 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 55 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Organos Internos de Control                          |
| 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Organos 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) ☐ Si

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

| No | Si                                  |                                                                        |
|----|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 71 | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 72 | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)                       |
| 73 | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)                 |
| 74 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa                                |
| 75 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Organos Internos de Control                          |
| 76 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Organos Estatales de Control                         |

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL**

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida? ☐ No ☒ Si

9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del comité? ☐ No ☒ Si ☐ No aplica

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

| No   | Si                                  |                                                                                                                          |
|------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?                                                                    |
| 10.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?                                                                     |
| 10.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?                     |
| 10.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 10.5 | <input checked="" type="checkbox"/> | Solicitó información sobre los beneficios recibidos?                                                                     |
| 10.6 | <input checked="" type="checkbox"/> | Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?                                            |
| 10.7 | <input checked="" type="checkbox"/> | Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?                                                                      |
| 10.8 | <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   | Si                                  |                                                                                                 |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Para mejorar el funcionamiento del Programa                                                     |
| 11.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa                        |
| 11.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa                                 |
| 11.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones |
| 11.5 | <input checked="" type="checkbox"/> | Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias                                             |
| 11.6 | <input checked="" type="checkbox"/> | Detectar y prevenir irregularidades                                                             |
| 11.7 | <input checked="" 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   | Si                                  |                                                                             |
|------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 12.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Conformación de Comités de Contraloría Social                               |
| 12.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa |
| 12.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social  |
| 12.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados                 |
| 12.5 | <input type="checkbox"/>            | Otro:                                                                       |

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

|                                              |                                                |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Iniciado | <input type="checkbox"/> Terminado o entregado |
| <input type="checkbox"/> En proceso          | <input type="checkbox"/> Cancelado             |
| <input type="checkbox"/> Suspendido          | <input type="checkbox"/> No sé                 |

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

|                                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fenómenos naturales       | <input type="checkbox"/> Contingencia sanitaria       |
| <input type="checkbox"/> Conflicto social          | <input type="checkbox"/> No sé                        |
| <input type="checkbox"/> Cuestiones de inseguridad | <input checked="" type="checkbox"/> No aplica         |
| <input type="checkbox"/> Problemas económicos      | <input type="checkbox"/> Incumplimiento de requisitos |

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

| No   | Si                                  | 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   |

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe:** *Augusto César Salgado Sandoval*

**Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe:** *Maribel Moreno Castiello*

**EN LA WEB:**  
 Plataforma Ciudadana Alertas, Denuncias e Informes de la Comisión de Acceso Gratuito de Información Pública de Quintana Roo  
<https://denuncias.funcionpublica.gob.mx/>  
 Denuncia Ciudadana de la Contraloría Social  
<https://denuncias.funcionpublica.gob.mx/>

**VIA CORRESPONDENCIA:**  
 Calle 10, Sector 1 de la Delegación Central de Delegaciones Investigadoras de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Independencia Sur No. 100, Barrio de Monte, Ciudad de México, CDMX, Ciudad de México, CDMX, México.  
 Vía telefónica:  
 Interior de la Teleoficina 800 11 36 1110 y Ciudad de México 55 2000 2000

**DE MANERA PRESENCIAL:**  
 En el módulo 3 de la Excentro de la Función Pública ubicada en Av. Independencia Sur 100, Monte de Monte, Ciudad de México, Ciudad de México, CDMX, México.

**Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles**

Este Comité de Contraloría Social y personas involucradas públicas podrán recibir información que continúan participando a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: [coordinacion@funcionpublica.gob.mx](mailto:coordinacion@funcionpublica.gob.mx)