

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 de Lázaro Cárdenas

Periodo que comprende el Informe:

Del: 01/01/2022 (DÍA, MES, AÑO) A: 08/01/2022 (DÍA, MES, AÑO)

Fecha de llenado del informe: 02/01/2022 (DÍA, MES, AÑO)

Clave de la Entidad Federativa: 23

Clave del Municipio o Alcaldía: 002

Clave de la Localidad: 1

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		No	Si	
1.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> La Contraloría Social	1.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Las características y montos del beneficio otorgado	1.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	1.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> La población a la que va dirigido el Programa			

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

No	Si		No	Si	
2.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Clara	2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada	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	Si	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"/> ¿Lo 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"/> ¿Lo 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) 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	
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) Si

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

No	Si	
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
7.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

Mirabel B. T. Aguilar

Rebeca Miria Paez Alvarado

[Handwritten mark]

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
<input type="checkbox"/>	<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	Sí	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se retaban en tiempo y forma los beneficios del Programa
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se la encontró útil

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

No	Sí	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conformación de Comités de Contraloría Social
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
<input type="checkbox"/>	<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	Sí	No sé	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistió a la constitución del Comité
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó capacitación
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó material de difusión
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS


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

Meili Natali Barredo May

Con fundamento en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Quintana Roo, artículo 4, fracción XI se están los datos de la línea en virtud de que contienen datos personales como de identidad y datos de contacto que se reconocen como tal en la citada Ley.

Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe

<p>EN LA WEB</p> <p>Reducción de barreras de acceso físico y virtual a la información para todas las personas con discapacidad o limitación de movilidad</p> <p>https://informacion.gob.mx/informacion/que-es</p> <p>Centro de Contacto de la Comisión (CCSC) 800-744-6446, lunes a viernes de 9:00 a 18:00</p>	<p>VIA CORRESPONDENCIA</p> <p>Envíe su solicitud de Acceso a la Información o Investigación de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2, Anillo Periférico, Cuauhtémoc, México DF, C.P. 06702 Ciudad de México</p> <p>VIA TELEFÓNICA</p> <p>Línea de Atención al Ciudadano 800 744 6446 y Ciudad de México 55 7090 1932</p>	<p>DE MANERA PRESENCIAL</p> <p>En el edificio 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Ciudad de México, C.P. 06702, Ciudad de México</p>
---	---	--



FUNCIÓN PÚBLICA



2022 Flores
de Magón



INMUJERES

INFORME DEL COMITE DE CONTRALORIA SOCIAL

Los Comités de Contraloría Social y planes de actividades públicas podrán emitir recomendaciones, solicitudes peticiones a la Comisión de Contraloría Organizaciones Sociales y Ciudadanía y Ciudad del Correo electrónico: contraloria-social@funcionpublica.gob.mx

Bertha María Pérez Alcará

[Handwritten signature]

Mirela B. T. Aguilar

[Handwritten signature]

[Large handwritten mark]