



PROGRAMA DE MEJORAMIENTO URBANO  
VERTIENTE OBRAS COMUNITARIAS  
Informe del Comité de Contraloría Social (Anexo 7)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

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

Apoyo, servicio u obra vigilada: \_\_\_\_\_

Período que comprende  
el informe

Fecha de llenado del informe:

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Del	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Al	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	Si	No	Si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1		1.5	
	La Contraloría Social		Los datos de contacto de los responsables del Programa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2		1.6	
	Las características y montos del beneficio otorgado		Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3		1.7	
	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa		Los mecanismos/ medios para presentar quejas o denuncias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.4			
	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1		2.3	
	Clara		Útil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2		2.4	
	Adecuada		Oportuna

3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique alguna o algunas de las siguientes situaciones

No	Si	No aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1		
		¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2		
		¿Le fue entregado completo el beneficio?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3		
		¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4		
		¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5		
		¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6		
		En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que los necesitan?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7		
		¿El Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?



**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO URBANO / VERTIENTE OBRAS COMUNITARIAS**

**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 type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadano. Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE)
5.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
5.6	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE)
7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
7.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

**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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
10.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
10.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
10.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría social?
10.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
10.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
10.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
10.8	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
11.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
11.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
11.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y obligaciones
11.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas / denuncias
11.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
11.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se le encontró utilidad

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

	No	Si	
12.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conformación de Comités de Contraloría Social
12.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
12.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
12.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:

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

<input type="checkbox"/>	Iniciando	<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 encuentre suspendida 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 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	
15.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó capacitación
15.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó material de difusión
15.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyo en la recopilación del informe del Comité
15.5	<input 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

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

<b>EN LA WEB</b> Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad <a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a> Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECE) <a href="https://sidece.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidece.funcionpublica.gob.mx/#/</a>	<b>VÍA CORRESPONDENCIA</b> 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. 01 020, Ciudad de México. <b>VÍA TELEFÓNICA</b> Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000	<b>DE MANERA PRESENCIAL</b> 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 01 020, Ciudad de México.
<b>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</b>		
Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán remitir información que consideren pertinentes a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través de correo electrónico: <a href="mailto:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a>		