



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA (PROFEXCE)
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: **2020-11-5300-20-1-511-12-20-039-0002-1/1**

Ora, apoyo o servicio vigilado: **Apoyo**
 Del **27** DIA **10** MES **2020** AÑO Fecha de llenado del Informe: DIA **07** MES **12** AÑO **2020**
 Período que comprende el Informe: Al **07** DIA **12** MES **2020** AÑO Clave de la Entidad Federativa: **20**
 Clave del Municipio o Alcaldía: **039**
 Clave de la Localidad: **0002**

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.- ¿Recibió información sobre lo que es la Contraloría Social? No Sí Otro: _____
- 2.- ¿Recibió información suficiente sobre el funcionamiento del Programa? No Sí Otro: _____
- 3.- La información que recibí respecto al Programa fue: (Puede marcar una o más opciones)
- | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|-----------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Objetivos del Programa | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Información presupuestaria del Programa | <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Requisitos para obtener el beneficio | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Beneficio otorgado | | | |
- 4.- ¿Ha solicitado información a las autoridades federales, estatales y municipales responsables de los programas de desarrollo social?
- 4.1.- No (Pase a la pregunta 5) Sí **Por qué? No ha sido necesario.**
- 4.2.- ¿Qué tipo de información solicitó y por qué medio(s) (por ejemplo: directamente con la Instancia Normativa, a través del INAI, etc.)?

4.3.- ¿Le proporcionaron la información que solicitó?

No Sí

Anote la razón: _____

- 5.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique la opción que considere más adecuada:
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿Le fue entregado completo el beneficio? |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados? |
| <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio? |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input checked="" type="checkbox"/> No aplica | En caso de que su Programa implique obra pública, ¿la pudo ver finalizada? |
| <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿La obra tuvo alguna dificultad o irregularidad observada? |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted? |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan? |
| <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No aplica | ¿Conoció a alguien a quien se le haya condicionado la entrega del beneficio o a quien no se lo hayan entregado completo? |

6.- Usted o algún conocido tiene acceso a internet mediante:

Teléfono con datos activados Computadora propia con internet en casa Ninguno

6.1.- ¿Considera que el acceso a internet es una herramienta necesaria para realizar acciones de Contraloría Social?

Sí, ¿por qué? **Porque permite comunicarse y en su caso saber lo que falta por terminar.**

No, ¿por qué? _____

7.- Durante y al final de sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad?

No Sí Especifique cuál: _____

8.- De acuerdo a lo que observó, ¿considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

No Sí, ¿por qué? _____

- 9.- ¿Cuál o cuáles de los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias conoce?
- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Buzón móvil o fijo |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC) |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Contraloría del Estado |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Teléfono y/o correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> No | <input checked="" type="checkbox"/> Sí | Personal responsable de la ejecución del Programa |



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

10.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria o integrante del Comité presentó o presentaron una queja/denuncia sobre la operación del Programa?

No (Pase a la pregunta 13) Sí

10.1.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/la denuncia y ante qué instancia fue.

- 1.- Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
- 2.- Buzón móvil o fijo
- 3.- Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
- 4.- Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
- 5.- Contraloría del Estado
- 6.- Teléfono y/o correo electrónico
- 7.- Personal responsable de la ejecución del Programa

8.- ¿Ante qué Instancia fue presentada?

10.2.- ¿Cuál o cuáles fue o fueron los motivos de su queja/denuncia? (Puede marcar una o más opciones)

- 1.- Falta de difusión de la información sobre el Programa
- 2.- El ejercicio de los recursos públicos no se realiza de forma transparente y conforme las reglas de operación y/o normatividad aplicable
- 3.- Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con los requisitos de acuerdo a la normatividad
- 4.- No se cumple con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios
- 5.- No existe documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios
- 6.- Otro: _____

11.- ¿Cuál es su opinión sobre el mecanismo o los mecanismos que utilizó para presentar su queja/denuncia?

12.- Describa brevemente los resultados sobre su experiencia tras presentar su queja/denuncia.

13.- ¿Existió equidad de género en la integración del Comité?

No Sí No aplica

14.- Señale los medios a través de los cuales recibió capacitación en materia de contraloría social: (Puede marcar una o más opciones)

- Reunión o asamblea
- Videconferencia
- Llamada telefónica
- Correo electrónico
- Folleto
- Otro: Reunión Virtual (Zoom)

15.- ¿Qué actividades realizó el Comité de Contraloría Social?

- | No | Sí | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se vigiló el uso correcto de los recursos del Programa? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se informó a otras personas beneficiarias sobre el Programa? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos de acuerdo a la normatividad? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se llevaron a cabo reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se solicitó información sobre los beneficios recibidos? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se orientó a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se externaron dudas e inquietudes a las personas responsables del Programa? |

15.9.- Comentarios adicionales:

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

- Gestión y trámite de los beneficios del Programa
- Recepción oportuna de los beneficios del Programa
- Calidad en los beneficios del Programa
- Conocimiento y buen ejercicio de los derechos/las obligaciones de las personas beneficiarias del Programa
- Transparencia en los recursos del Programa
- Mejor funcionamiento del Programa
- En realidad, no sirve para nada
- Otro: _____

