

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**S247-PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE "PRODEP"**  
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2022-11-S247-09-M00-22-02-004-0001-1/1  
Programa presupuestario S247 para el desarrollo profesional docente Perfil deseable y Cuerpos Académicos PRODEP

Obra, apoyo o servicio vigilado: Del 2 5 0 5 2 0 2 2 Fecha de llenado del Informe: día 1 2 MES 1 2 AÑO 2 0 2 2  
DÍA MES AÑO  
Clave de la Entidad Federativa: 2  
Periodo que comprende el Informe: Al 1 2 1 2 2 0 2 2 Clave del Municipio o Alcaldía: 1  
DÍA MES AÑO 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 | 0  | X | 1.5 | 0  | X |
| 1.2 | 0  | X | 1.6 | 0  | X |
| 1.3 | 0  | X | 1.7 | 0  | X |
| 1.4 | 0  | 1 |     |    |   |

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

| No  | Si |   | No  | Si |   |
|-----|----|---|-----|----|---|
| 2.1 | 0  | X | 2.3 | 0  | X |
| 2.2 | 0  | X | 2.4 | 0  | X |

**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 | X  | 2         | 3 |
| 3.2 | 1  | X         | 3 |
| 3.3 | 1  | X         | 3 |
| 3.4 | X  | 2         | 3 |
| 3.5 | 1  | 2         | X |
| 3.6 | 1  | X         | 3 |
| 3.7 | X  | 2         | 3 |

**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 | 0  | X |
| 5.2 | 0  | X |
| 5.3 | X  | 1 |
| 5.4 | 0  | X |
| 5.5 | 0  | X |
| 5.6 | 0  | X |

**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 | 0  | 1 |
| 7.2 | 0  | 1 |
| 7.3 | 0  | 1 |
| 7.4 | 0  | 1 |
| 7.5 | 0  | 1 |
| 7.6 | 0  | 1 |

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?

0 No  1 Si

9.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité?

1 No  X Si  3 No aplica

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

|      | No                                    | Si                                    |   |
|------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 10.1 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?  |
| 10.2 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?   |
| 10.3 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?                     |
| 10.4 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 10.5 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?   |
| 10.6 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?  |
| 10.7 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 1            | ¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?  |
| 10.8 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | ¿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"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Para mejorar el funcionamiento del Programa   |
| 11.2 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa                        |
| 11.3 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 1            | Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa                                 |
| 11.4 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones |
| 11.5 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias   |
| 11.6 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Detectar y prevenir irregularidades   |
| 11.7 | <input type="checkbox"/> 0            | <input type="checkbox"/> 1            | 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"/> X | <input type="checkbox"/> 1            | Conformación de Comités de Contraloría Social                               |
| 12.2 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 1            | Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa |
| 12.3 | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> X | Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social  |
| 12.4 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 1            | Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados                 |
| 12.5 | Otro:                                 |                                       |   |

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

|                            |            |                                       |                       |
|----------------------------|------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Iniciado   | <input checked="" type="checkbox"/> X | Terminado o entregado |
| <input type="checkbox"/> 2 | En proceso | <input type="checkbox"/> 5            | Cancelado             |
| <input type="checkbox"/> 3 | Suspendido | <input type="checkbox"/> 6            | No sé                 |

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

|                            |                           |                            |                              |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Fenómenos naturales       | <input type="checkbox"/> 5 | Contingencia sanitaria       |
| <input type="checkbox"/> 2 | Conflicto social          | <input type="checkbox"/> 6 | No sé                        |
| <input type="checkbox"/> 3 | Cuestiones de inseguridad | <input type="checkbox"/> 7 | No aplica                    |
| <input type="checkbox"/> 4 | Problemas económicos      | <input type="checkbox"/> 8 | 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 type="checkbox"/> 1            | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 3 | Asistió a la constitución del Comité            |
| 15.2 | <input type="checkbox"/> 1            | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 3 | Proporcionó capacitación                        |
| 15.3 | <input type="checkbox"/> 1            | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 3 | Proporcionó material de difusión                |
| 15.4 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | Apoyó en la recopilación del informe del Comité |
| 15.5 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 2            | <input type="checkbox"/> 3 | Recopilación y atención de quejas y denuncias   |

FIRMAS

  
Ing. Jose Guillermo Cardenas Lopez

  
Dr. Oscar Castillo Lopez

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><b>EN LA WEB</b><br/>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad<br/><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEIC)<br/><a href="https://sideic.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sideic.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p> | <p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b><br/>Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1726, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Avvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b><br/>Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p> | <p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b><br/>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Avvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.</p> |
| <p><b>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</b></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: <a href="mailto:contralorasocial@funcionpublica.gob.mx">contralorasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>                   |  |   |