

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**S247 - PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2023**  
**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-11-S247 21-514-21-11-035-0082-1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Programa Para el Desarrollo Profesional Docente

Periodo que comprende el Informe: Del 04/10/2023 a 31/12/2023  
Fecha de llenado del Informe: DÍA 29 MES 12 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa: 11  
Clave del Municipio o Alcaldía: 35  
Clave de la Localidad: 82

**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	Sí		No	Sí	
11	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Contraloría Social
12	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
13	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
14	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa
15	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
16	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
17	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias

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

No	Sí		No	Sí	
21	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clara
22	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adecuada
23	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Útil
24	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oportuna

**3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:**

No	Sí	No aplica		
31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
32	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
33	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
35	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
36	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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)  Sí

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

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

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

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

0 No  1 Sí

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

1 No  X Sí  3 No aplica

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

	No	Sí	
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 type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿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	Sí	
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 type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	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 checked="" type="checkbox"/> X	<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	Sí	
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 checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
12.4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
12.5	TENER UN MAYOR TIEMPO PARA QUE SEAN IMPARTIDAS LAS CAPACITACIONES EN MATERIA DE CS		

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 checked="" type="checkbox"/> X	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	Sí	No sé	
15.1	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó capacitación
15.3	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<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**

LIC. ALEJANDRO VILLAGÓMEZ GUERRERO

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

LIC.

C.P. MARÍA ELENA GARCÍA JIMÉNEZ

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

<p><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEC)</p> <p><a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/es/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/es/</a></p>	<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>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, Cuauhtlémoc Inn, Álvaro Obregón, C.P. 06020, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 600 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000.</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Cuauhtlémoc Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 06020, Ciudad de México.</p>
<p><b>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Cíviles</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 Cíviles a través del correo electrónico: <a href="mailto:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>		

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**S247 - PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2023**  
**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-11-S247 21-514-21-11-035-0082-1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Programa Para el Desarrollo Profesional Docente

Periodo que comprende el Informe: Del 04/10/2023 a 31/12/2023

Fecha de llenado del Informe: 09/12/2023

Clave de la Entidad Federativa: 11

Clave del Municipio o Alcaldía: 35

Clave de la Localidad: 82

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

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

	No	Sí		No	Sí	
2.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Clara	2.3	<input type="radio"/>	Útil
2.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Adecuada	2.4	<input type="radio"/>	Oportuna

**3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:**

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

**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	Sí	
5.1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
5.3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
5.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	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)  Sí

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

	No	Sí	
7.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
7.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
7.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
7.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

0 No  1 Sí

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

1 No  X Sí  3 No aplica

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

	No	Sí	
101	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
102	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
103	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
104	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
105	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
106	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
107	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
108	<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	
111	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
112	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
113	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
114	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
115	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
116	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
117	<input checked="" type="checkbox"/>	<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	Sí	
121	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Conformación de Comités de Contraloría Social
122	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
123	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
124	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	X Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
125	QUE LAS CAPACITACIONES DE CONTRALORÍA SOCIAL SE COMIENCEN A DAR CON MAYOR TIEMPO DE ANTICIPACIÓN		

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 checked="" type="checkbox"/> X	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	Sí	No sé	
15.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistió a la constitución del Comité
15.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó capacitación
15.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proporcionó material de difusión
15.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
15.5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopilación y atención de quejas y denuncias

**FIRMAS**

LIC. MARÍA DEL ROSARIO RAMOS CANO

C.P. MARÍA ELENA GARCÍA JIMÉNEZ

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></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEC)</p> <p><a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>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. 06020, Ciudad de México.</p> <p>VÍA TELEFÓNICA</p> <p>Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Cuadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 06020, 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:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>		

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**S247 - PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2023**  
**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELEVADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-11-S247 21-514-21-11-035-0082-1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Programa Para el Desarrollo Profesional Docente

Período que comprende el Informe: Del 04 DÍA 10 MES 20 AÑO 23  
Al 31 DÍA 12 MES 20 AÑO 23  
Fecha de llenado del Informe: DÍA 29 MES 12 AÑO 2023  
Clave de la Entidad Federativa: 11  
Clave del Municipio o Alcaldía: 35  
Clave de la Localidad: 82

**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	Sí	No	Sí
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Contraloría Social
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa
15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
17	<input type="checkbox"/>	<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	Sí	No	Sí
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clara
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adecuada
23	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
24	<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	Sí	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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
33	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
36	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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)  Sí

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

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

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

*Handwritten signature*

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?  0 No  1 Sí

9.- ¿Se promovió la participación Igualitaria entre hombres y mujeres para la Integración del Comité?  1 No  X Sí  3 No aplica

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

	No	Sí	
101	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
102	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
103	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
104	<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?
105	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
106	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
107	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
108	<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	Sí	
111	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para mejorar el funcionamiento del Programa
112	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
113	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
114	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
115	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
116	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Detectar y prevenir irregularidades
117	<input checked="" type="checkbox"/> X	<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	Sí	
121	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
122	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
123	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
124	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
125	NINGUNA		

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 checked="" type="checkbox"/> X	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	Sí	No sé	
151	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
152	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó capacitación
153	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó material de difusión
154	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
155	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

**FIRMAS**

  
LIC. MARISOL VÁZQUEZ LUNA

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

  
C.P. MARÍA ELENA GARCÍA JIMÉNEZ

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

<p><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alaredores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECC)</p> <p><a href="https://sidecc.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidecc.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>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 2A1a Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>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 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:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>		

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL  
S247 - PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2023  
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELEENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-II-S247 21-514-21-II-035-0082-1/1

Obra, apoyo o servicio vigilado: Programa Para el Desarrollo Profesional Docente

Periodo que comprende el Informe: Del 04/10/2023 a 31/12/2023

Fecha de llenado del Informe: DÍA 29 MES 12 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa: 11

Clave del Municipio o Alcaldía: 35

Clave de la Localidad: 82

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

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

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

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

*(Handwritten signature)*

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

0 No  1 Sí

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

1 No  X Sí  3 No aplica

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

	No	Sí	
101	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
102	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
103	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
104	<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?
105	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
106	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
107	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
108	<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	Sí	
111	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para mejorar el funcionamiento del Programa
112	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
113	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
114	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
115	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
116	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Detectar y prevenir irregularidades
117	<input checked="" type="checkbox"/> X	<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	Sí	
121	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
122	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
123	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
124	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
125	QUE LAS CAPACITACIONES SE DEN CON MAYOR TIEMPO DE ANTICIPACIÓN		

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 checked="" type="checkbox"/> X	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	Sí	No sé	
151	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
152	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó capacitación
153	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó material de difusión
154	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
155	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

**FIRMAS**

DR. MARIO ALBERTO RODRÍGUEZ ÁNGELES

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

C.P. MARÍA ELENA GARCÍA JIMÉNEZ

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

<p><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEC)</p> <p><a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><b>VÍA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>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. 01020, Ciudad de México.</p> <p><b>VÍA TELEFÓNICA</b></p> <p>Interior de la República 600 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>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 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:contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx</a></p>		

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**S247 - PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE (PRODEP) 2023**  
**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2023-11-S247 21-514-21-11-035-0082-1/I

Obra, apoyo o servicio vigilado: Programa Para el Desarrollo Profesional Docente

Período que comprende el Informe: Del 04 DÍA, 10 MES, 2023 AÑO. Al 31 DÍA, 12 MES, 2023 AÑO.

Fecha de llenado del Informe: DÍA 29 MES 12 AÑO 2023

Clave de la Entidad Federativa: 11

Clave del Municipio o Alcaldía: 35

Clave de la Localidad: 82

**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	Sí		No	Sí	
11	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Contraloría Social
12	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado
13	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa
14	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La población a la que va dirigido el Programa
15	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los datos de contacto de los responsables del Programa
16	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
17	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias

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

No	Sí		No	Sí	
21	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clara
22	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adecuada
23	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Útil
24	<input checked="" type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oportuna

**3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:**

No	Sí	No aplica		
31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
32	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
33	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
35	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
36	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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)  Sí

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

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

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

*[Handwritten signature]*

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

0 No  1 Sí

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

1 No  X Sí  3 No aplica

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

	No	Sí	
101	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
102	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
103	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones?
104	<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?
105	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
106	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
107	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
108	<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	Sí	
111	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para mejorar el funcionamiento del Programa
112	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
113	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
114	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
115	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
116	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Detectar y prevenir irregularidades
117	<input checked="" type="checkbox"/> X	<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	Sí	
121	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Conformación de Comités de Contraloría Social
122	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa
123	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 1	Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
124	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> X	Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados
125	IMPARTIR LAS CAPACITACIONES AL O LA RESPONSABLE DE LA CONTRALORÍA SOCIAL CON MAYOR TIEMPO DE ANTICIPACIÓN		

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 checked="" type="checkbox"/> X	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	Sí	No sé	
151	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Asistió a la constitución del Comité
152	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó capacitación
153	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Proporcionó material de difusión
154	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
155	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS

DR. EDILBERTO MURRIETA LUNA

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

C.P. MARÍA ELENA GARCÍA JIMÉNEZ

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

<p><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 (SIDEC) <a href="https://sidedec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidedec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><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. 01020, Ciudad de México. VÍA TELEFÓNICA Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2000 2000</p>	<p><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 01020, Ciudad de México.</p>
<p>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</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:contraloriasocia@funcionpublica.gob.mx">contraloriasocia@funcionpublica.gob.mx</a></p>		