

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE FOMENTO A LA AGRICULTURA, GANADERÍA, PESCA Y ACUICULTURA**  
**EJERCICIO FISCAL 2023**  
**COMPONENTE FOMENTO A LA AGRICULTURA**  
**SUBCOMPONENTE PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD AGROECOLÓGICA PARA LA**  
**ALIMENTACIÓN Y AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: .....

Obra, apoyo o servicio vigilado: .....

Periodo que comprende el Informe: Del  DIA  MES  AÑO Al  DIA  MES  AÑO

Fecha de llenado del Informe: DIA  MES  AÑO

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	
1.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 La Contraloría Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Las características y montos del beneficio otorgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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 type="checkbox"/>	1 Clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
3.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 ¿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?**

0 No (pase a la pregunta 5)  1 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"/>	1 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
5.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Mecanismos de los Órganos Internos de Control
5.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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?**

0 No (Pase a la pregunta 9)  1 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"/>	1 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
7.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECD)
7.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Mecanismos establecidos por el Programa
7.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Mecanismos de los Órganos Internos de Control
7.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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  2 Sí  3 No aplica

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> 1	Iniciado	<input type="checkbox"/> 4	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 checked="" 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	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**

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 Comisión para casos graves de corrupción o cuando se requiere de confidencialidad</p> <p><a href="https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/">https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadana de la Comisión (SIDEC)</p> <p><a href="https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/">https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</a></p>	<p><b>VIA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Envíe 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, Cuauhtémoc Imt, Álvaro Obregón, C.P. 06020 Ciudad de México.</p> <p><b>VIA 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, Cuauhtémoc Imt, 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>		