



ANEXO 4

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2023

Programa presupuestario S191 "Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores"

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

2023-38-S191-90X-09-014-0001-4/1

Apoyo vigilado:

APOYO PARA INVESTIGADORES NIVEL III Y EMÉRITOS

Periodo que comprende el Informe:

| | | | |
|-----|-----|-----|------|
| Del | 01 | 01 | 2023 |
| | DÍA | MES | AÑO |
| Al | 31 | 12 | 2023 |
| | DÍA | MES | AÑO |

Fecha de llenado del Informe:

| | | | | | |
|-----|---|-----|----|-----|------|
| DÍA | 6 | MES | 12 | AÑO | 2023 |
|-----|---|-----|----|-----|------|

Clave de la Entidad Federativa:

09 (Ciudad de México)

Clave del Municipio o Alcaldía:

14 (Benito Juárez)

Clave de la Localidad:

01 (Benito Juárez)

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, DE COMÚN ACUERDO CON EL RESTO DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ

Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción u opciones que correspondan a su opinión.

1.- La información que recibió por la institución responsable de la gestión y administración del Programa tiene relación con:

| | No | Sí | |
|-----|----|----|---|
| 1.1 | 0 | X | La Contraloría Social |
| 1.2 | 0 | X | Las características y montos del beneficio otorgado |
| 1.3 | 0 | X | Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa |
| 1.4 | 0 | X | La población a la que va dirigido el Programa |

| | No | Sí | |
|-----|----|----|---|
| 1.5 | 0 | X | Los datos de contacto de los responsables del Programa |
| 1.6 | 0 | X | Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| 1.7 | 0 | X | Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias |

2.- Consideras que la información recibida del programa para elaborar este informe fue:

| | No | Sí | |
|-----|----|----|----------|
| 2.1 | 0 | X | Clara |
| 2.2 | 0 | X | Adecuada |

| | No | Sí | |
|-----|----|----|----------|
| 2.3 | 0 | X | Útil |
| 2.4 | 0 | X | Oportuna |

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

| | No | Sí | N/A | |
|-----|----|----|-----|--|
| 3.1 | X | 2 | 3 | ¿Se le solicitó algún tipo de pago o equivalente económico para recibir los beneficios del Programa? |
| 3.2 | 1 | X | 3 | ¿Le fue entregado completo el apoyo? |
| 3.3 | 1 | X | 3 | ¿El apoyo se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados? |



| | | | | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 3.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se le condicionó la entrega del apoyo? |
| 3.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Este apoyo representa una mejora personal, para su familia o su localidad? |
| 3.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En su opinión, ¿el apoyo lo reciben las personas que lo necesitan? |
| 3.7 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input 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? |

En caso de haberse presentado alguna irregularidad especifique la situación: Este CCS-SNII-Nivel III-2023 se constituyó el 30 de junio de 2023, por lo que se deslinda de cualquier responsabilidad de situaciones presentadas antes de esta fecha y que competen al comité.

4.- Durante sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad en el Programa?

No (pase a la pregunta 5) 1 Sí

4.1.- Si fue testigo de alguna irregularidad en el Programa:

Especifique cuál:

5.- ¿Conoce alguno de los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?

| | No | Sí | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 5.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 5.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC) |
| 5.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| 5.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa |
| 5.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos 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) 1 Sí

En caso de elegir "Sí", especifique el motivo:

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

| | No | Sí | |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|--|
| 7.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |



| | | | | |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|---|--|
| 7.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC) |
| 7.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| 7.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Mecanismos establecidos por el Programa |
| 7.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Mecanismos de los Órganos Internos de Control |

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

No Sí

Señale el estatus de la queja/denuncia/alerta y los involucrados en la atención de la misma.

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

No Sí No aplica

10.- Cómo parte del Comité de Contraloría Social ¿realizaron algunas de las siguientes actividades?

| | No | Sí | |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 10.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se verificó el cumplimiento de la entrega del apoyo? |
| 10.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se vigiló el uso correcto de los recursos del Programa? |
| 10.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se vigiló que otras personas beneficiarias cumplieran con los requisitos y/o obligaciones establecidas por el Programa? |
| 10.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Participaron en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 10.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Solicitaron información sobre los beneficios recibidos por el programa? |
| 10.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se orientó a otras personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas? |
| 10.7 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa? |
| 10.8 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Se les otorgó capacitación para realizar sus actividades de Contraloría Social? |

11.- En su experiencia, ¿para qué les sirvió participar en las actividades de Contraloría Social?

| | No | Sí | |
|------|--------------------------|-------------------------------------|---|
| 11.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para mejorar el funcionamiento del Programa |
| 11.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para lograr que los beneficiarios reciban en tiempo y forma los apoyos del Programa |
| 11.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa |
| 11.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y obligaciones |
| 11.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias |
| 11.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Para detectar y prevenir irregularidades en la administración del programa |



| | | | | |
|------|-------------------------------------|--------------------------|---|----------------------------|
| 11.7 | <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 | |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 12.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 Conformación de Comités de Contraloría Social |
| 12.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa |
| 12.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | X Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social |
| 12.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | X Mecanismos para el seguimiento de los apoyos entregados |
| 12.5 | Otro: | | |

13.- En que etapa del apoyo se encuentra al momento de contestar el informe (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 |

Desde su experiencia, mencione algunas áreas de mejora que la institución responsable del programa podría considerar para hacer más eficiente la gestión y administración de los apoyos:

-Mejorar y difundir con claridad los mecanismos para el seguimiento de los apoyos entregados.
-Difundir con claridad y precisión los alcances y funciones de la contraloría social.
-Constituir los Comités en tiempo para que correspondan a un año Fiscal del Programa.
-El Informe cuenta con un anexo de los resultados del mecanismo de consulta realizado a las y los demás integrantes del SIN-nivel III.

14.- En caso de que su apoyo 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 Interno de Control del Conacyt realizó alguna de las siguientes actividades con el Comité:

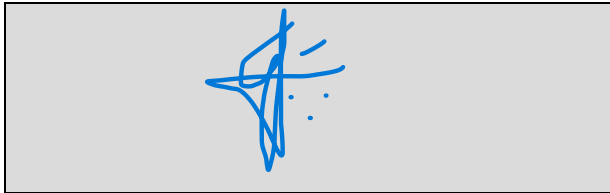
| | No | Sí | No sé | |
|------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|
| 15.1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 3 | Asistió a la constitución del Comité |
| 15.2 | <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> X | <input type="checkbox"/> 3 | Apoyó en la recopilación del Informe del Comité |



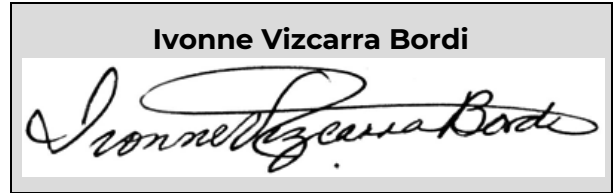
| | | | |
|------|---|---|---|
| 15.5 | 1 | X | 3 |
|------|---|---|---|

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>EN LA WEB Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/ Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDEDEC) https://sidec.funcionpublica.gob.mx/#/</p> | <p>VÍA CORRESPONDENCIA 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>DE MANERA PRESENCIAL 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> |
|---|---|--|

Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles

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: contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx