

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
ANEXO 7

PROGRAMA EDUCACIÓN PARA ADULTOS (INEA)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: **2023-11-EG64-1-MDA-20-03-003-001-2/1**
 Obra, apoyo o servicio vigilado: **PC DIF Aprender escondida (Baja California Sur)**
 Periodo que comprende el Informe: Del **01** **05** **2023** Fecha de llenado del informe: día **14** mes **11** año **2023**
 Al **30** **11** **2023** Clave de la Entidad Federativa: **03**
 Clave del Municipio o Alcaldía: **03**
 Clave de la Localidad: **01**

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 | |
|-----|-----------------------|-------------------------------------|---|
| 1.1 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | La Contraloría Social |
| 1.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Las características y montos del beneficio otorgado |
| 1.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa |
| 1.4 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | La población a la que va dirigido el Programa |

| | No | Si | |
|-----|-----------------------|-------------------------------------|---|
| 1.5 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los datos de contacto de los responsables del Programa |
| 1.6 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias |
| 1.7 | <input type="radio"/> | <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 | Si | |
|-----|-----------------------|-------------------------------------|----------|
| 2.1 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Clara |
| 2.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Adecuada |

| | No | Si | |
|-----|-----------------------|-------------------------------------|----------|
| 2.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Útil |
| 2.4 | <input type="radio"/> | <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 | Si | No aplica | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 3.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa? |
| 3.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue entregado completo el beneficio? |
| 3.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados? |
| 3.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido? |
| 3.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted? |
| 3.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan? |
| 3.7 | <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) 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="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción |
| 5.2 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC) |
| 5.3 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| 5.4 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa |
| 5.5 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control |
| 5.6 | <input type="radio"/> | <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 5) Si

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

| | No | Si | |
|-----|--------------------------|-------------------------------------|--|
| 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"/> | Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC) |
| 7.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción) |
| 7.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos establecidos por el Programa |
| 7.5 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Internos de Control |
| 7.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Mecanismos de los Órganos Estatales de Control |

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

No Si

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

No Si No aplica

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

| | No | Si | |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 10.1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio? |
| 10.2 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa? |
| 10.3 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones? |
| 10.4 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Participó 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"/> | ¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos? |
| 10.6 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas? |
| 10.7 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa? |
| 10.8 | <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 | Si | |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 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 se reciban en tiempo y forma los beneficios 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 las 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"/> | Detectar y prevenir irregularidades |
| 11.7 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input 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 | Si | |
|------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 12.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conformación de Comités de Contraloría Social |
| 12.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Capacitaciones y asesorías proporcionadas por los responsables del Programa |
| 12.3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medios para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social |
| 12.4 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mecanismos para el seguimiento de los beneficios entregados |
| 12.5 | Otro: | | |

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

1. Inicializado

2. En proceso

3. Suspendido

4. Terminado o entregado

5. Cancelado

6. No sé

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL


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"/> | 7. No aplica |
| <input type="checkbox"/> | 4. Problemas económicos | <input type="checkbox"/> | 8. Incumplimiento de requisitos |

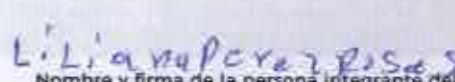
15.- El Órgano Estatal de Control realizó alguna de las siguientes actividades con el Comité:

| | No | Si | No sé | |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 15.1 | <input 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 type="checkbox"/> | <input checked="" 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


MUNICIPIO CITAL MORA
DIRECTOR DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO OPERATIVO

Nombre, cargo 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</p> <p>Plataforma Ciudadanos Interactivos México y Gobierno de la Contraloría Social Para la atención de información y consultas: sistema de transparencia https://transparencia.funcionpublica.gob.mx/</p> <p>Redes sociales del G. de la Contraloría Social (GCS) https://twitter.com/contraloriasocial</p> | <p>VIA CORRESPONDENCIA</p> <p>Carretera Federal a la Zona Costera (Carretera del Desarrollo) Intersección con la Carretera Federal a la Zona Industrial, colonia de las Yaguajayitas, No. 1155, Zona 4, Alcazar, Cuitláhuac, CDMX, México, C.P. 06702</p> <p>C.P. 06702 Ciudad de México</p> <p>VIA TELEFÓNICA</p> <p>México de la República 099-11-33-096 y Ciudad de México 55-3688-3388</p> | <p>DE ARABEJA BRESTECHAN</p> <p>Calle Arce y Calle de la Contraloría Social, Colonia Arce, Ciudad de México, C.P. 06702 Calle de la Contraloría Social, Zona 4, Alcazar, Cuitláhuac, CDMX, México, C.P. 06702</p> |
|---|---|---|

Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles

El Comité de Contraloría Social y personal auxiliar podrá participar mediante "reuniones" con los integrantes del Comité de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles, a través de las actividades de coordinación de vinculación con organizaciones sociales y civiles.