

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**Educación para Adultos (INEA)**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: 2022-11-E064-1-NDA-20-03-003-0003-6/1

Obra, apoyo o servicio: OC OPE HOMAJES MUNICIPAL (BAJA CALIFORNIA SUR)

Periodo que comprende el Informe: Del 01 06 2022 Fecha de llenado del Informe: DÍA 03 MES 11 AÑO 2022  
 DÍA MES AÑO Clave de la Entidad Federativa: 3  
 Al 30 11 2022 Clave del Municipio o Alcaldía: 3  
 DÍA MES AÑO Clave de la Localidad: 1

**EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE 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	0	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social	2	0	<input checked="" type="checkbox"/> Los datos de contacto de los responsables del Programa
1.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado	2	0	<input checked="" type="checkbox"/> Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Los requisitos para la entrega del beneficio del Programa	2	0	<input checked="" type="checkbox"/> Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias
1.4	0	<input type="checkbox"/>	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	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara	2	0	<input checked="" type="checkbox"/> Útil
2.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	2	0	<input checked="" type="checkbox"/> Oportuna

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

	No	Sí	No	
3.1	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?
3.7	<input checked="" type="checkbox"/>	2	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?**

No (pase a la pregunta 5)       Sí

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

Especifique \_\_\_\_\_

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

	No	Sí	
5.1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
5.2	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)
5.3	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
5.5	0	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
5.6	0	<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**

No (Pase a la pregunta 9)       Sí



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

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

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

**8.- ¿Su queja/denuncia/alerta fue atendida?**  No  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	<input type="checkbox"/>	

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

<input type="checkbox"/>	Iniciado	4	Terminado o entregado
<input checked="" type="checkbox"/>	En proceso	5	Cancelado
<input type="checkbox"/>	Suspendido	6	No sé

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

<input type="checkbox"/>	Fenómenos naturales	5	Contingencia sanitaria
<input type="checkbox"/>	Conflicto social	6	No sé
<input type="checkbox"/>	Cuestiones de inseguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	No aplica
<input type="checkbox"/>	Problemas económicos	8	Incumplimiento de requisitos



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**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 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**

Mauricio Cital Mora  
 Director de Planeación y Seguimiento Operativo  
 IEEA de Baja California Sur

GEORJANN YAZIR CASTRO GREEN

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>Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe</p>	<p>VIA COMITÉ SERVIDORA PÚBLICA</p> <p>VIA TELEFÓNICA</p>	<p>Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe</p>
<p><b>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</b></p>		

Anexo 7