

Anexo 4

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Educación para Adultos (INEA)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

03-05-2024-319

Obra, apoyo o servicio vigilado:

PC DIF NAVARRO RUBIO (B.C.S.)

Periodo que comprende el informe:

Del 13 06 2024  
Al 31 12 2024

Fecha de llenado del Informe: Día 06 MES 11 AÑO 2024

Clave de la Entidad Federativa: 03

Clave del Municipio o Alcaldía: 03

Clave de la Localidad: 01

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

1.- ¿Recibieron información del programa por parte de la persona servidora pública responsable del mismo? En caso de que su respuesta sea "No", pasen a la pregunta 4.

☐ No ☒ Sí

2.- La información recibida sobre el programa está relacionada con:

| No                       | Sí                                  |                                                                            |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.1. Qué es la Contraloría Social y las actividades a realizar             |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.2. Las características y montos del beneficio otorgado                   |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.3. Periodo de ejecución y fechas de entrega del beneficio otorgado       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.4. Los requisitos para la entrega del beneficio otorgado por el programa |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.5. La población a la que va dirigida el programa                         |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.6. Los datos de contacto de los responsables del programa                |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.7. Los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias             |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2.8. Los mecanismos/medios para presentar quejas o denuncias               |

3.- Consideran que la información recibida por el responsable del programa fue:

| No                       | Sí                                  |               |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3.1. Clara    |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3.2. Adecuada |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3.3. Útil     |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3.4. Oportuna |

4.- Respecto al beneficio otorgado por el programa, indiquen si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:

| No                                  | Sí                                  | No aplica                |                                                                                                                  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.1. ¿Les fue entregado completo el beneficio?                                                                   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.2. ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?                                 |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4.3. ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, sus familias o para ustedes?                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 4.4. ¿Les fue condicionada la entrega del beneficio a ustedes o a un conocido?                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 4.5. ¿El programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? |

5.- En caso de que hayan presentado una queja o denuncia, señalen los mecanismos o medios que utilizaron para presentarla. En caso contrario, pasen a la pregunta 7.

| No                       | Sí                       |                                                                  |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.1. Vía correspondencia a la Secretaría de la Función Pública   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.2. Vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.3. De manera presencial en la Secretaría de la Función Pública |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.4. Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.5. Mecanismos establecidos por el programa                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.6. Mecanismos de los Órganos Internos de Control               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5.7. Mecanismos de los Órganos Estatales de Control              |

6.- ¿Recibió respuesta a su queja o denuncia?

☐ No ☐ Sí

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

☐ No ☒ Sí ☐ No aplica

8.- ¿Qué actividades realizaron como Comité de Contraloría Social?

| No                       | Sí                                  |                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8.1. Vigilar que se difunda información adecuada sobre la operación del programa                          |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8.2. Verificar que se cumpla con la entrega del beneficio                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8.3. Vigilar el uso correcto de los recursos del programa                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8.4. Vigilar que otras personas beneficiarias del programa cumplieran con los requisitos y/o obligaciones |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8.5. Vigilar que el programa federal se ejecutara en un marco de igualdad entre mujeres y hombres         |



## INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

9.- En su experiencia, ¿para qué cree que sirvió participar en actividades de Contraloría Social?

10.- Al día de hoy, indiquen la etapa en la que se encuentra la entrega de su beneficio (seleccione sólo una respuesta):

**11.- El Órgano Estatal de Control realizó alguna de las siguientes actividades:**

12.- Según su experiencia, ¿qué recomendaría mejorar en el proceso de la Contraloría Social?

**FIRMAS**

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

Página 2