

## Anexo 2

### Acta de constitución del comité de contraloría social

#### I. Datos de identificación del Programa Federal

Nombre oficial del Programa

Ejercicio fiscal

#### II. Datos generales del comité de contraloría social

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro  
(emitido por el SICS)

Fecha de  
constitución

Circunscripción (municipio o delegación de la Ciudad de México a la que representa el comité)

#### Datos de identificación de las personas integrantes del comité de contraloría social

Nombre y dirección de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Sexo (M/H)	Edad	Cargo	Firma o Huella Digital

(Adjuntar la lista con nombre y firma de las personas integrantes y asistentes a la constitución del comité)

#### III. Datos y descripción del Centro para el Desarrollo de las Mujeres

Ubicación o Dirección: _____			
Estado: _____	Municipio: _____	Localidad: _____	
Monto del apoyo o servicio: _____		Duración del proyecto: _____	

#### IV. Funciones, instrumentos y compromisos que realizará el comité de contraloría social

**Funciones e instrumentos:**

**Compromisos:**

**Nombre de las usuarias del CDM que acordaron la constitución del comité de CS**

---

**Nombre, Cargo y firma de la persona designada como enlace por la IMEF**

**Anexo 3**

**Mobiliario y equipo de los Centros para el Desarrollo de las Mujeres**

**El comité de contraloría social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.**

**I.- Datos generales:**

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**II. Recursos y características:**

Indique el número total de bienes y marque con una X para señalar el estado en que se encuentran el equipo y mobiliario con el que cuenta el CDM, siendo: E= excelente, B= bueno, R= regular y M=malo.

**Mobiliario:**

<u>Tipo</u>	<u>Total</u>	<u>Estado físico</u>		
Escritorio(s)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Mesa(s) de trabajo	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Sillas (ejecutivas o secretariales)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Sillas (de visita, plegables)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Archiveros	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Otro: _____	( )	(E)	(B)	(R) (M)

**Equipo:**

<u>Tipo</u>	<u>Total</u>	<u>Estado físico</u>		
Computadora(s) de escritorio	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Computadora(s) tipo Laptop	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Video-proyector(es)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Multifuncional	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Otro: _____	( )	(E)	(B)	(R) (M)

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Cargo y firma de la persona designada como enlace por la IMEF**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del (la) integrante del Comité**

### INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, 2017.

Anexo 4  
(intervención  
inicial)

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la obra, apoyo o  
servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado de la cédula: 

--	--	--	--	--	--

  
DÍA MES AÑO

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio:  
Del 

--	--

 DÍA 

--	--

 MES 

--	--	--	--

 AÑO  
Al 

--	--

 DÍA 

--	--

 MES 

--	--	--	--

 AÑO

Clave de la entidad federativa: \_\_\_\_\_  
Clave del municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_  
Clave de la localidad: \_\_\_\_\_

**El Comité de Contraloría Social responderá las preguntas una vez que ha sido conformado:**

1. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? Sí  1 No  0
2. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? Sí  1 No  0
3. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? Sí  1 No  0

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a:

**Secretaría de la Función Pública:** Página electrónica: <http://www.gob.mx/sfp>

**Órgano Interno de Control en el Inmujeres:** Teléfono: 53226030 ext. 8000, Correo electrónico: [contraloriainterna@inmujeres.gob.mx](mailto:contraloriainterna@inmujeres.gob.mx).  
Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;

**Dirección General de Institucionalización de la Perspectiva de Género:** Teléfono: 53226030 ext. 2002;  
Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;

Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, 2017.**

**Anexo 5**  
**(Intervención**  
**intermedia)**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:


Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado de la cédula: \_\_\_\_\_

DÍA			MES			AÑO			

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio:

Del	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA		MES		AÑO			
Al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA		MES		AÑO			

Clave de la entidad federativa: \_\_\_\_\_  
Clave del municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_  
Clave de la localidad: \_\_\_\_\_

**El Comité de Contraloría Social responderá las preguntas al término de cada entrega de apoyos o servicios o de cada visita de supervisión, para el caso de las obras:**

**4. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:**

4.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
4.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
4.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
4.4. ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
4.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?	Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>

**5. La información que conocen se refiere a: (pueden elegir más de una opción)**

<input type="checkbox"/> 1	Objetivos del Programa	<input type="checkbox"/> 8	Dónde presentar quejas y denuncias
<input type="checkbox"/> 2	Beneficios que otorga el Programa	<input type="checkbox"/> 9	Derechos y obligaciones de quienes operan el programa
<input type="checkbox"/> 3	Requisitos para ser beneficiario (a)	<input type="checkbox"/> 10	Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as)
<input type="checkbox"/> 4	Tipo y monto de las obras, apoyos o servicios a realizarse	<input type="checkbox"/> 11	Formas de hacer contraloría social
<input type="checkbox"/> 5	Dependencias que aportan los recursos para el Programa	<input type="checkbox"/> 12	Periodo de ejecución de la obra o fechas de entrega de los apoyos o servicios
<input type="checkbox"/> 6	Dependencias que ejecutan el Programa	<input type="checkbox"/> 13	No deseamos responder / No sabemos
<input type="checkbox"/> 7	Conformación y funciones del comité o vocal		

**Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a:**

**Secretaría de la Función Pública:** Página electrónica: <http://www.gob.mx/sfp>

**Órgano Interno de Control en el Inmujeres:** Teléfono: 53226030 ext. 8000, Correo electrónico: [contraloriainterna@inmujeres.gob.mx](mailto:contraloriainterna@inmujeres.gob.mx).

Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;

**Dirección General de Institucionalización de la Perspectiva de Género:** Teléfono: 53226030 ext. 2002;

Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del (la) integrante del Comité

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
**Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, 2017.**

**Anexo 6**  
(Intervención final)

No. de registro del Comité de Contraloría Social:


Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado de la cédula: 

--	--	--	--	--	--

 DÍA MES AÑO

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio: Del 

--	--

 DÍA 

--	--

 MES 

--	--	--	--

 AÑO  
Al 

--	--

 DÍA 

--	--

 MES 

--	--	--	--

 AÑO

Clave de la entidad federativa: \_\_\_\_\_  
Clave del municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_  
Clave de la localidad: \_\_\_\_\_

**El Comité de Contraloría Social responderá las preguntas al término de la última entrega de apoyos o servicios del ejercicio fiscal o de la última visita de supervisión de la obra, del ejercicio fiscal:**

**6. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité?** (pueden elegir más de una opción)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios     | <input type="checkbox"/> 6 Contestar informes de Contraloría Social  |
| <input type="checkbox"/> 2 Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios | <input type="checkbox"/> 7 Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as)   |
| <input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa       | <input type="checkbox"/> 8 Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos  |
| <input type="checkbox"/> 5 Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio |  |

**7. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social?** (pueden elegir más de una opción)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa     | <input type="checkbox"/> 6 Para que se atiendan nuestras quejas   |
| <input type="checkbox"/> 2 Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios                 | <input type="checkbox"/> 7 Para que el programa funcione mejor  |
| <input type="checkbox"/> 3 Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 8 Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)         | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos   |
| <input type="checkbox"/> 5 Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios               |   |

**Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a:**

**Secretaría de la Función Pública:** Página electrónica: <http://www.gob.mx/sfp>  
**Órgano Interno de Control en el Inmujeres:** Teléfono: 53226030 ext. 8000, Correo electrónico: [contraloriainterina@inmujeres.gob.mx](mailto:contraloriainterina@inmujeres.gob.mx).  
Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;  
**Dirección General de Institucionalización de la Perspectiva de Género:** Teléfono: 53226030 ext. 2002;  
Dirección: Blvd. Adolfo López Mateos 3325, piso 5, San Jerónimo Lídice, Ciudad de México. C.P.10200;

Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité

## Quejas y denuncias

### I. Datos generales de quien presenta la denuncia

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Pertenece a algún comité de contraloría social:  Si  No

### II. Datos de la queja o denuncia

a) ¿Dónde ocurrieron los hechos?

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

b) Fecha de los hechos:

Día

Mes

Año

c) ¿Cuáles fueron los hechos?

Explique con el mayor detalle posible el motivo de la queja o denuncia:

e) ¿A quién denuncia?

Servidora o servidor público  Otro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dependencia de gobierno, institución u organización a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Presenta pruebas:  Si  No

En caso afirmativo, descríbalas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Deberá anexar todo documento y/o información que recopile como prueba de su queja o denuncia, que servirá para demostrar la irregularidad presentada.

---

**Nombre y firma o huella digital de la  
persona solicitante de información**

---

**Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF**

**Secretaría de la Función Pública:**  
Página electrónica: <http://www.gob.mx/sfp>

**Órgano Interno de Control en el Inmujeres:**  
Teléfono: 53226030 ext. 8000,  
[contraloriainterna@inmujeres.gob.mx](mailto:contraloriainterna@inmujeres.gob.mx)



**Anexo 8**

**Acta de sustitución de una integrante del comité de contraloría social**

**I. Datos generales del comité de contraloría social**

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro




**II. Datos y descripción del Centro para el Desarrollo de las Mujeres**

Instalación del CDM\*:

Fortalecimiento del CDM\*:

Ubicación o

Dirección:

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Monto de la

obra: \_\_\_\_\_

\*Elegir un tipo de proyecto y describir brevemente el tipo de equipo, de mobiliario con el que cuenta, el personal de atención, así como los servicios que brinda

**Nombre de la persona integrante actual del comité de contraloría social a sustituir**

Nombre de la persona integrante del comité de contraloría social (Calle, Número, Localidad, Municipio)	En su caso firma o huella digital

**Situación por la cual pierde la calidad de integrante del comité de contraloría social**

Muerte del integrante	Acuerdo de la mayoría de las usuarias del CDM (se anexa listado)
Separación voluntaria, mediante escrito libre a las personas integrantes del comité (se anexa el escrito)	Otra. Especifique
Acuerdo del comité por mayoría de votos (se anexa listado)	

**Nombre de la nueva persona integrante del comité de contraloría social**

Nombre de la persona integrante del comité de contraloría social (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital

(Adjuntar la lista con nombre y firma de las personas integrantes y asistentes a la sustitución)

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF**

**Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social**

## Anexo 9

### Minuta de reunión

#### MAM<sup>1</sup> y comité de contraloría social que se reúnen

MAM

Comité de contraloría social

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

IMEF que ejecuta el programa: \_\_\_\_\_

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio: \_\_\_\_\_

Descripción del servicio:

--

Describir brevemente el tipo de equipo, de mobiliario con el que cuenta, el personal de atención, así como los servicios que brinda

**Objetivo de la reunión:**

--

**Programa de la reunión.**

--

<sup>1</sup> Los Mecanismos para el adelanto de las mujeres (MAM), en el marco del PFTPG, son las IMEF, las IMM y las unidades administrativas u homólogas a las IMM en las delegaciones de la Ciudad de México. Los MAM son los organismos centrales de coordinación de políticas de los gobiernos. Su tarea principal es apoyar en la incorporación de la perspectiva de género en todas las esferas de política y en todos los órdenes de gobierno.

## Resultados de la reunión

1. Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité.

--

2. Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité.

--

3. Denuncias, quejas y peticiones que presenta el Comité.

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias		
Quejas		
Peticiones		

## Acuerdos y compromisos

Actividades	Fecha	Responsable	Observaciones

## Asistentes a la reunión

MAM/Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
Enlace estatal				
Comité de contraloría social				
Usuaría				

**Anexo 10**

**Solicitud de información**

**Responsable del llenado:**  
**(Integrante del comité de contraloría social o usuaria del CDM)**

**I. Datos generales**

Nombre: _____
Dirección _____
Estado: _____ Municipio: _____
Localidad: _____
El CDM brinda: <input type="checkbox"/> Servicios
Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
Operado por el Instituto Nacional de las Mujeres
Nombre de la IMEF: _____

**II. Si usted es integrante del comité de contraloría social, escriba los siguientes datos:**

Nombre del comité de contraloría social	Número de registro	Fecha de registro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**III. Escriba la pregunta o los puntos de información que solicita sobre el Programa o en su caso el CDM.**

- IV. Conserve una copia de esta solicitud de información y entregue la original a la persona designada como enlace por la IMEF. Solicite firma y fecha en la copia, de ser posible que se coloque el sello de la instancia ejecutora.
- V. Verifique la fecha probable de la respuesta a la solicitud

---

***Nombre y firma o huella digital de la  
persona solicitante de información***

---

***Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF***

**Constitución de comités de contraloría social  
(Escrito libre)**