

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

**Anexos de
Contraloría Social 2015**

**Programa de Fortalecimiento
a la Transversalidad de la
Perspectiva de Género**

Anexo 1.
Programa Anual de Trabajo de Contraloría Social 2015

Programa Anual de Trabajo de la Contraloría Social (PATCS-INMUJERES)								
Actividad	Responsable	Unidad de Medida	Meta	Calendarización				Avance porcentual
				Programa		Real		
				Inicio	Fin	Inicio	Fin	
Planeación								
Revisión de documentos y designación del 'Enlace de Contraloría Social'	IMEF	Documento y correo electrónico	1	01/06/2015	30/06/2015			
Promoción								
Capacitar en materia de contraloría social a los Enlaces de Contraloría Social'	Inmujeres	Enlace de CS	15	01/07/2015	31/08/2015			
Reunión informativa y constitución de los Comités Ciudadanos	Enlace de CS	Actas de registro	200	21/10/2015	13/11/2015			
Seguimiento								
Asesoría, seguimiento y atención a los integrantes de los Comités Ciudadanos (recopilación y sistematización de los documentos)	Enlace de CS	Archivo de sistematización y documentos electrónicos	1	21/10/2015	16/02/2016			
Elaboración de formatos de actas de equipamiento	Enlace de CS	Documentos digitalizados y correo electrónico	23	03/11/2015	15/01/2016			
Elaboración de formatos de actas de cierre (Informe final)	Enlace de CS	Documentos digitalizados y correo electrónico	200	01/01/2016	12/02/2016			
Concentración, sistematización, envío y de datos	IMEF-Inmujeres	Documentos	1	15/02/2016	29/02/2016			

Anexo 2.
Acta de Registro del Comité de Contraloría Social

I. Datos generales del comité de Contraloría Social

Nombre del programa: S010 Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
 Nombre del proyecto: Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
 Nombre del Comité: _____
 Número de registro del Comité: _____ Fecha de registro: _____
 Entidad Federativa: _____ Municipio: _____

II. Integrantes del comité de Contraloría Social

Nombre	Teléfono	Sexo M/H	Edad	Firma o Huella

(Adjuntar la lista con nombre, domicilio y firma de las/os integrantes y asistentes a la constitución del Comité. Cuando menos el 50% deberán ser mujeres)

III. Datos del servicio o apoyo que se vigila

Nombre del servicio o apoyo que vigila:
 Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género

Descripción de las actividades que se vigilan:

1. Atención brindada
2. Evaluación del servicio
3. Equipamiento para los CDM

Ubicación del servicio o apoyo que vigila

Calle: _____ Número: _____

Colonia o localidad: _____

IV. Funciones y compromisos del Comité de Contraloría Social

Funciones:

1. Vigilar que se instalen correctamente los CDM
2. Registrar información en el acta de registro
3. Recibir las quejas y denuncias
4. Entregar a la IMEF las Cédulas

Compromisos:

1. Los integrantes se comprometen a mantener su participación durante todo el tiempo que dure la ejecución del proyecto.
2. _____
3. _____

Nombre y firma de los integrantes del Comité de Contraloría Social	Nombre y cargo del/la Enlace de la Contraloría Social en la IMEF

Anexo 3
Mobiliario y equipo para los Centros para el Desarrollo de las Mujeres

I.- Datos generales:

Nombre: _____
 Dirección: _____ Entidad Federativa: _____ Municipio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____
 Nombre del Proyecto: Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género

II. Características y recursos

Marque con una X si el mobiliario se encuentra en estado: E= excelente, B= bueno, R= regular y M=malo

Tipo	Total	Estado físico *				Otro tipo especifique	Total	Estado físico *			
Escritorio(s)	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Mesa(s) de trabajo	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Sillas (ejecutivas o secretariales)	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Sillas (de visitas, plegables, otras)	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Archiveros	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Libreros o estantes	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)

Equipo

Marque con una X si el mobiliario se encuentra en estado: E= excelente, B= bueno, R= regular y M=malo

Tipo	Número	Estado físico *				Otro tipo especifique	Número	Estado físico *			
Computadora(s) de escritorio	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Computadora(s) tipo Laptop	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Video-proyector(es)	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Multifuncional	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)
Impresora	()	(E)	(B)	(R)	(M)	_____	()	(E)	(B)	(R)	(M)

Nombre y firma o huella de quien realiza la revisión	Nombre y cargo del/la Enlace de la Contraloría Social en IMEF

Anexo 4.
Cédula de vigilancia

Datos Generales:

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
Proyecto Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
Tipo de asesoría/ servicio: _____

Esta sección deberá ser contestada directamente por personas que reciban atención en el CDM

*Esta cédula deberá aplicarse a una de cada tres personas que reciben un servicio.

Marque en cada pregunta con una X la opción u opciones que correspondan a su opinión sobre el servicio que recibió.

A) Atención Brindada por el personal del CDM o IMM:

A.1 Forma en la que se recibió la solicitud

- Presencial
- Telefónica
- Correo Electrónico
- Oficio

A.2 Tipo de atención solicitada

- Asesoría jurídica
- Asesoría psicológica
- Asesoría para canalización a servicios de salud
- Asesoría para canalización a programas sociales
- Asesoría para el empoderamiento económico

A.3 Asesoría para canalización a programas sociales:

- Federales
- Estatales
- Municipales

A.4 Participante en taller, foro o mesa de trabajo:

Especifique: _____

B) Evaluación del servicio:

B.1 ¿Cómo califica la atención que acaba de recibir?

☺ Excelente ☺ Buena ☺ Regular ☹ Mala

- B.2. ¿Se sintió usted escuchada/o? Sí () No ()
- B.3. ¿El servicio recibido fue satisfactorio? Sí () No ()
- B.4. ¿Le condicionaron la prestación del servicio? Sí () No ()
- B.5. ¿Recibió acompañamiento del personal en cada parte de su proceso de atención? Sí () No ()
- B.6. ¿Recomendaría este servicio? Sí () No ()

B.7 ¿Cómo se enteró que podía asistir al CDM o a la IMM?

Familiar () Vecina/o () Amiga/o () Anuncio () Internet () Otro ()

B.8. ¿Qué opinión tiene de nuestras instalaciones?

Adecuadas () Inadecuadas () Otra opinión ()

B.9. ¿Qué deberíamos hacer para mejorar nuestros servicios?

Nombre y firma o huella de quien realiza la revisión	Nombre y cargo del/la Enlace de la Contraloría Social en la Secretaría de la Mujer

Anexo 5.
Informe anual

Datos Generales:

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____
Proyecto Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
Tipo de asesoría/ servicio: _____

En esta sección se registrará el total de las cédulas de vigilancia aplicadas en los CDM o IMM

Para el llenado de este informe anual se tendrá que tomar en cuenta el total de las cédulas de vigilancia aplicadas.

A) Respetto del total de las cédulas de vigilancia aplicadas de las atenciones brindadas por el personal del CDM o IMM:

A.1 ¿A cuántas personas le fueron aplicadas las cédulas de vigilancia? _____

A.2 Número de personas que recibieron solicitud:
vía presencial _____
Telefónica _____
Correo Electrónico _____
Oficio _____

A.3 Número de personas con atenciones solicitadas en:
Asesoría jurídica _____
Asesoría psicológica _____
Asesoría para canalización a servicios de salud _____
Asesoría para canalización a programas sociales _____
Asesoría para el empoderamiento económico _____

A.3.4 Número de personas asesoradas para el empoderamiento económico en:
Programas federales _____
Programas estatales _____
Programas municipales _____

A.4 Número de asesoría brindadas para canalización a servicios de salud: _____

A.5 Número de participantes en talleres, foros o mesas de trabajo: _____

B) Evaluación del servicio:

B.1 Número de personas calificaron la atención brindada en:
Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____

B.2. ¿Cuántas personas se sintieron escuchadas al recibir el servicio? _____

B.3. ¿Cuántas personas opinan que el servicio brindado fue satisfactorio? _____

B.4. ¿A cuántas personas le condicionaron la prestación del servicio? _____

B.5. ¿Cuántas personas recibieron acompañamiento del personal en cada parte del proceso de atención? _____

B.6. ¿Cuántas personas recomendarían este servicio? _____

B.7. Número de personas que se enteraron que podían asistir al CDM o a la IMM por:
Familiar _____ Vecina/o _____ Amiga/o _____ Anuncio _____ Internet _____ Otro _____

B.8. Número de personas que opinan que las instalaciones son:
Adecuadas _____ Inadecuadas _____ Otra opinión _____

C) ¿Qué actividades de contraloría social realizó el comité? (puede elegir más de una opción)

1	Solicitar información de las obras, apoyos, proyectos o servicios	6	Orientar a los beneficiarios (as) para presentar quejas y denuncias
2	Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios	7	Contestar cédulas de vigilancia y/o encuestas
3	Vigilar el uso correcto de los recursos del programa	8	Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)
4	Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el programa	9	Expresar dudas y propuestas a los (las) responsables del programa
5	Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio	10	Otra:

D) ¿Para qué les sirvió participar en actividades de contraloría social? (puede elegir más de una opción)

1	Para gestionar o tramitar los bienes y servicios del programa	6	Para que se atiendan nuestras quejas
2	Para recibir oportunamente los bienes y servicios	7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del programa
3	Para recibir mejor calidad en los bienes y servicios del Programa	8	Para lograr que el programa funcione mejor
4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)	9	Otra:
5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios		

Nombre, firma y cargo de integrantes del Comité	Nombre, firma y cargo de la/el enlace responsable de Contraloría Social en la IMEF

Anexo 6.
Formato de Quejas o Denuncias

No. de queja o denuncia: _____ **Fecha de la denuncia:** _____

I.- Datos Generales de la/el denunciante:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Entidad Federativa: _____ Municipio: _____
Localidad: _____ C.P.: _____
Ocupación: _____ Teléfono: _____

II.- ¿Contra quién presenta la queja o denuncia?

Nombre (s): _____
Puesto: _____
Programa al que pertenece: _____

III.- Motivo de la queja o denuncia:

En el equipamiento		En Servicios		En sensibilización y capacitación	
Incompleto	()	Deficientes	()	No realizados	()
En mal estado	()	Mala Atención	()	De mala calidad	()
No se entregaron	()	Maltrato	()	Condicionamiento del Servicio	()
Desvío de recursos	()	Condicionamiento del Servicio	()	Desvío de recursos	()

IV.- Pruebas de la queja o denuncia:

¿Tiene pruebas de la queja o denuncia?
Sí () No ()

¿Presenta pruebas junto a este formato?
Sí () No ()

V.- Describa los hechos que derivaron la queja o denuncia:

VI.- ¿Tiene alguna otra información que pueda ayudar a comprobar la queja o denuncia? Menciónela.

Nombre, firma y cargo de quien presenta la queja	Nombre, firma y cargo la/el Enlace Contraloría Social en la IMEF