



Formatos de Contraloría Social 2014

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

Programa de trabajo de Contraloría Social

Programa Anual de Trabajo de la Contraloría Social (PATCS-INMUJERES)								
Actividad	Responsable	Unidad de Medida	Meta	Calendarización				Avance porcentual
				Programada		Real		
				Inicio	Fin	Inicio	Fin	
Revisión de documentos y designación del 'Enlace de Contraloría Social'	IMEF	Documento y correo electrónico	1	16/10/2014	21/10/2014			
Reunión informativa y constitución de los Comités Ciudadanos	Enlace de CS	Actas de registro	Núm. Actas igual al de municipios beneficiados	21/10/2014	14/11/2014			
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	21/10/2014	16/02/2015			
Elaboración de formatos de actas de equipamiento	Enlace de CS	Documentos digitalizados y correo electrónico	Num. de formatos igual al de municipios beneficiados	03/11/2014	16/01/2015			
Elaboración de formatos de actas de cierre (Informe final)	Enlace de CS	Documentos digitalizados y correo electrónico	Núm. de actas igual al de municipios	02/02/2015	13/02/2015			
Concentración, sistematización, envío y de datos	IMEF-Inmujeres	Documentos	1	16/02/2015	27/02/2015			

*Nota: Se conformarán 177 comités ciudadanos relacionados con los Centros para el Desarrollo de las Mujeres.

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	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 *			
		()	(E)	(B)	(R)			(M)	()	(E)	(B)
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 *			
		()	(E)	(B)	(R)			(M)	()	(E)	(B)
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:

Fecha de llenado de la Cédula: ____/____/____
Día Mes Año

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 la (el) Beneficiaria (o)

*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.2.4 Asesoría para el empoderamiento económico:

- Programas federales ()
- Programas estatales ()
- Programas municipales ()

A.3 Asesoría para canalización a servicios de salud: ()

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

Especifique unidad y área: _____

B) Evaluación del servicio:

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

- 1 ☺ Excelente 2 ☺ Buena 3 ☺ Regular 4 ☺ 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 () Una beneficiaria/o () 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:

Fecha de llenado de la Cédula: ___/___/___
Día Mes Año

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: **A.3** Número de personas con atenciones solicitadas en:

vía presencial _____	Asesoría jurídica _____
Telefónica _____	Asesoría psicológica _____
Correo Electrónico _____	Asesoría para canalización a servicios de salud _____
Oficio _____	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 _____	A.4 Número de asesoría brindadas para canalización a servicios de salud: _____
Programas estatales _____	
Programas municipales _____	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 _____
Una beneficiaria/o _____ Otro _____

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

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? Mencionala.

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