



Guía Operativa-Formatos de Contraloría Social 2013

Programa de Fortalecimiento a la
Transversalidad de la Perspectiva
de Género



INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES



Anexo 1. PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO DE CONTRALORÍA SOCIAL



Instituto Nacional de las Mujeres
 Dirección General de Institucionalización de la Perspectiva de Género
 Dirección de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género en las Entidades Federativas
 Dirección de Institucionalización y Promoción de la Perspectiva de Género en Estados y Municipios
 Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género

Programa Anual de Trabajo de la Contraloría Social (PATCS-INMUJERES)									
Actividad		Responsable	Unidad de Medida	Meta	Calendarización				Avance
					Programada		Real		
Tipo	Actividad				Inicio	Fin	Inicio	Fin	
Planeación	Elaborar Programa Anual de Trabajo de Contraloría Social	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Documento	1	02/05/2013	15/05/2013			
Planeación	Elaborar Guía Operativa de Contraloría Social	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Documento	1	02/05/2013	24/05/2013			
Promoción	Difusión de las Reglas de Operación y Documentos Normativos de CS	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Documento	3	28/02/2013	30/06/2013			
Promoción	Capacitar a Enlaces de CS, IMEF y OEC	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Taller	2	23/08/2013	30/08/2013			

Promoción	Integrar y constituir Comités ciudadanos para las acciones de Contraloría Social	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Comités	50*	01/09/2013	31/10/2013			
Seguimiento	Registrar información de los proyectos a vigilar por la CS	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Proyectos	14	15/08/2013	20/09/2013			
Seguimiento	Dar seguimiento a la realización de actividades comprometidas en el Programa de Trabajo de las Instancias Ejecutoras	Dirección General de Insitucionalización de la Perspectiva de Género	Programas	14	01/09/2013	30/12/2013			

* Se conformarán 50 comités ciudadanos a nivel municipal para las acciones de contraloría social y dar seguimiento a los Centro para el Desarrollo de las Mujeres con Perspectiva de Género (CDM-PEG), cabe precisar que los municipios participantes se encuentran dentro de los 80 prioritarios de la Cruzada Nacional contra el Hambre.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 2. Acta de Registro del Comité Ciudadano 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:	
Nombre del Comité:	Periodo de ejecución:
Número de registro del Comité:	Fecha de registro:
Entidad Federativa:	Municipio:

II. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre	Domicilio	Teléfono	Sexo M/H	Firma o Huella

III. DATOS DEL SERVICIO O APOYO QUE SE VIGILA

NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO O APOYO QUE VIGILA

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE SE VIGILAN
--

UBICACIÓN DEL SERVICIO O APOYO QUE VIGILA Calle Número Colonia Localidad

MONTO - QUE SE VIGILA \$

IV. FUNCIONES Y COMPROMISOS - DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

FUNCIONES
COMPROMISOS

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

Nombre y firma de los Integrantes del
Comité

Nombre y firma de las/os beneficiarias/os participantes de la Asamblea

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 3. Ficha Informativa sobre el proyecto

Programa: S010 Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género
Nombre del proyecto:
Entidad Federativa:
Municipio:
Localidad:
Fecha de recepción del Acta de Constitución:
Número de registro del Comité:
Fecha en que fue autorizado el proyecto:

Resumen del Proyecto	
-----------------------------	--

Número y denominación de la meta	Actividades (Especificar cada una de ellas, sin el monto de los recursos autorizados)	Costo por actividad	Material probatorio (Presentar todo el mencionado en el Proyecto para cada una de las metas)	Productos a entregar (De acuerdo a los establecidos por meta)

Nombre, cargo y firma de la/el Enlace Contraloría Social de la IMEF o IMM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 4. Solicitud de Información

RESPONSABLE DEL LLENADO:

(Especificar si es integrante del Comité o beneficiario del Programa).

I.- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:

Nombre:	
Dirección:	
Entidad Federativa:	Municipio:
Localidad:	C.P.
Nombre del Proyecto:	
Número y nombre de la meta de la que se solicita información:	
Nombre y cargo de la persona que la proporciona:	

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

Nombre del Comité:	
Número de Registro del Comité:	Fecha de Registro:

III. Escriba la pregunta o la información solicitada de la meta o del programa

--

IV. El solicitante deberá de elaborar la solicitud de información por duplicado, entregando un original al enlace responsable de la contraloría social en la IMEF, el cual deberá de firmar o sellar y poner la fecha y número de recibido, quedándose con el solicitante una copia.

V. El responsable del seguimiento de la contraloría social en la IMEF, establecerá una fecha probable en la que proporcionará la información solicitada:

--

Nombre y firma o huella de quien solicita
la Información

Nombre y cargo del/la Enlace
de la Contraloría Social en la IMEF

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 5. Minuta

I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ

Nombre del Proyecto:
Entidad Federativa:
Municipio:
Nombre del Comité
No. de Registro del Comité:

II. DATOS DE LA REUNIÓN

Fecha: / /					
Motivo de la reunión:					
Asesorar en el llenado de cédulas		Asesorar en la vigilancia		Atención directa a beneficiarias/os	
Capturar cédulas e informes		Constituir comités de contraloría social		Entrega-recepción del apoyo o servicio	
Otro:					
Descripción del apoyo o servicio:					

III. PROGRAMA DE LA REUNIÓN

Asuntos programados para tratar en la reunión

IV. RESULTADOS DE LA REUNIÓN

Necesidades Expresadas por los Beneficiarias/os	
Opiniones de los Beneficiarias/os	
Comentarios adicionales	

	SI/NO
¿Recibió alguna petición ciudadana, queja o denuncia relacionada con el Programa para presentarla a la Secretaría de la Función Pública?	

Acuerdos	Responsable de atender* <i>Secretaría de la Función Pública, Inmujeres, Instancia Estatal Instancia Municipal, Órgano Estatal de Control</i>	Fecha de Cumplimiento día/mes/año

ASISTENTES A LA REUNIÓN
Instancias que asistieron

Representación Federal	
Instancia Ejecutora	
OEC	
Otra	

Nombre y firma de las personas asistentes a la reunión

Nombre	Tipo de participante <i>Enlace de la contraloría social IMEF, Personal del Instancia Municipal o del Municipio, Integrante del Comité, Beneficiaria/o</i>	Firma o Huella

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 6. Cédula de Seguimiento

I.- Datos Generales:

Entidad Federativa:	Municipio:		
Nombre del Comité:			
Número Registro:	Periodo de Ejecución:		
Número de Integrantes del Comité:	Mujeres:	Hombres:	
Tipo de apoyo que proporciona el programa:	Servicio	Apoyo	
Nombre del Proyecto:			
Fecha de elaboración de la Cédula:			

Señale con una X la información que conoce

1.- ¿Cuál es la instancia Federal encargada de coordinar el Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género?

INMUJERES	<input type="checkbox"/>	INDESOL	<input type="checkbox"/>
SEDESOL	<input type="checkbox"/>	CDI	<input type="checkbox"/>
FONAES	<input type="checkbox"/>	Otra: _____	

2.- Señale el medio por el que se enteraron del proyecto

Carteles, dípticos, trípticos, folletos, etc.	<input type="checkbox"/>	Página de Internet.	<input type="checkbox"/>
Correo electrónico.	<input type="checkbox"/>	Radio, T.V., Periódico	<input type="checkbox"/>
Ficha Informativa.	<input type="checkbox"/>	Asamblea Comunitaria	<input type="checkbox"/>

3.- La información que conoce del proyecto es:

Objetivos general y específicos	<input type="checkbox"/>	Requisitos para ser beneficiario	<input type="checkbox"/>
Tipo de servicios y apoyos	<input type="checkbox"/>	Origen de los recursos	<input type="checkbox"/>
Monto asignado a las actividades del proyecto	<input type="checkbox"/>	Población Beneficiaria del proyecto	<input type="checkbox"/>
Problemáticas que se atienden con el proyecto	<input type="checkbox"/>	Fechas y horarios de prestación de atención y servicios	<input type="checkbox"/>
Responsables del servicio	<input type="checkbox"/>	Acciones a realizar	<input type="checkbox"/>

4.- Señale el número de meta(s) cuyo costo considere elevado

Número de meta(s): _____

5.- En cuáles de los siguientes servicios participa como beneficiaria/o

Atención

Talleres

Cursos

Pláticas

Otra: _____

6.- Indique la información que conoce sobre los servicios en los que participa

Objetivos

Fecha de inicio y término

Lugar donde se realiza

Requisitos de participación

Tipo de personas beneficiadas

Compromisos de participación

Temas que se abordan

Responsable de la actividad

Costo

Otros: _____

Observaciones o comentarios adicionales:

**Nombre, cargo y firma del/la Enlace de la
Contraloría Social en la IMEF**

**Nombre y firma de los
Integrantes del Comité
(Incorporar tantas líneas como sea
necesario)**

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 7. Informe Anual

I.- DATOS GENERALES

Entidad Federativa:		Municipio:	
Nombre del Comité:			
Número Registro:		Periodo de Ejecución:	
Nombre del Proyecto:			
Número de Integrantes del Comité:		Mujeres:	Hombres:
Periodo de ejecución del proyecto: Del: / / al: / /			
Tipo de apoyo que proporciona el proyecto		Servicio	Apoyo
Monto autorizado al proyecto: \$			
Número y nombre de las metas vigiladas: (Utilizar la nomenclatura proporcionada)			
Fecha de elaboración del Informe Anual: / /			

II.- Los Integrantes del Comité en su conjunto, deberán contestar marcar con una X cada una de las preguntas. El Comité solo deberá llenar un Informe Anual.

1. ¿Recibió la información necesaria para realizar las actividades de contraloría social?

Sí		No	
----	--	----	--

1.1. ¿A través de qué medio recibió esta información?

a)Presencial		b)Electrónica		c)Impresa		d)Todas	
--------------	--	---------------	--	-----------	--	---------	--

1.2. ¿En caso de no haberla recibido, se la solicitó a la IMEF o IMM?

Sí		No	
----	--	----	--

2. ¿Se cumplieron la/s meta/s del proyecto en los tiempos establecidos?

Sí		No	
----	--	----	--

3. ¿Considera que los Centros para el Desarrollo de las Mujeres con Perspectiva de Género (CDM-PEG) cumplieron con los objetivos de su creación?

Sí		No	

4. ¿La normatividad interna de CDM-PEG es la adecuada para su organización, funcionamiento y regulación de esta?

5. Para el caso del equipo y mobiliario ¿fueron adquiridos todos los productos que se establecieron en el proyecto?

Sí		No	
----	--	----	--

6. En el caso de las capacitaciones por medio de cursos y/o talleres ¿considera que tuvieron el impacto esperado.

Sí		No	

7. Las propuestas de soluciones presentadas por los Comités ciudadanos ¿inciden en la detección de la problemática y necesidades, así como la solución de estas?

Sí		No	
----	--	----	--

8. ¿El proyecto se desarrolló en apego a las reglas de operación del programa?

Sí		No	
----	--	----	--

9. De acuerdo a lo revisado, ¿considera que se cumplió con el objetivo general señalado en el proyecto autorizado?

Sí		No	
----	--	----	--

10.- ¿Le mostraron algún tipo de documentación que considere comprobatoria de la meta o las metas (facturas, recibos, etc.)?

Si		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

11.- ¿Conoce el monto ejercido para las metas vigiladas?

Sí		No	
----	--	----	--

12. ¿Considera que el monto ejercido justifica los servicios y/o productos obtenidos?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

13. ¿Se obtuvieron los productos programados?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

14. ¿Encontraron retrasos para brindar los servicios y productos?

Si		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

15. ¿Recibió información de los requisitos para ser beneficiaria/o de las metas del proyecto?

Sí		No	
----	--	----	--

16. ¿Las/os beneficiarias/os del proyecto cumplen con los requisitos para tener tal carácter?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

17. ¿Detectó que los recursos del proyecto se utilizaron para fines políticos, electorales, de lucro o distintos a su objetivo?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

18. ¿El programa se ejecutó promoviendo la igualdad entre mujeres y hombres?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

19. ¿Recibieron quejas o denuncias de las y los beneficiarios o integrantes del comité?

Sí		No		No sé	
----	--	----	--	-------	--

19.1. ¿Cuántas quejas o denuncias recibieron?

<input type="checkbox"/>	1 - 5	<input type="checkbox"/>	6 - 10	<input type="checkbox"/>	11 - 15	<input type="checkbox"/>	16 o más
--------------------------	-------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------	----------

19.2. ¿Turnó quejas y denuncias a la autoridad correspondiente que pudieran dar lugar al fincamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con el programa?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

20. ¿Se realizó la captación de cédulas?

Sí	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas realizó?	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-------------------	--------------------------	----	--------------------------

21. ¿Tuvo algún problema con las beneficiarias (os) para que le proporcionaran información para las cédulas?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

22. ¿Entregó a tiempo a la/el Enlace de la Contraloría Social en la IMEF o IMM las cédulas?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

23. Señale cuáles de los siguientes servicios programados se otorgaron.

Psicológico	<input type="checkbox"/>	Jurídico	<input type="checkbox"/>	Trabajo social	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="text"/>								

24. Las personas beneficiadas, ¿manifestaron satisfacción en la atención recibida?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

25. ¿Se atendió al número de personas programadas?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

26. Las personas beneficiadas con los servicios, ¿cumplieron el perfil programado en el Proyecto?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

27. Los mecanismos de difusión empleados para informar sobre los servicios que se ofrecen (tipo de atención, día, hora, lugar, comunidad, etc.), ¿permitieron tener una buena convocatoria?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

28. ¿Se tuvo presencia en los municipios proyectados con los servicios?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

29. ¿Considera que los servicios ofrecidos contribuyen a mejorar la situación de las mujeres?

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------

30. Por último, si tiene algunos resultados adicionales que considere relevantes, escríbalos aquí:

<input type="text"/>

Elaboró

Recibe

**Nombre, firma y cargo de integrantes
del Comité**

**Nombre, firma y cargo de
la/el Enlace responsable de
Contraloría Social en la IMEF**

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
Anexo 8. Formato de Quejas o Denuncias

No. de queja o denuncia: _____

Número y nombre de la meta que se observa:
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?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Presenta pruebas junto a este formato?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

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.

Recibe

Presenta

**Nombre, firma y cargo de la/el Enlace
Contraloría Social en la IMEF**

**Nombre y firma o huella de quien
presenta la queja o denuncia**