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 Contraloría Social

*** Este anexo se considerará como solicitud de registro, por lo tanto, no se requerirá elaborar un escrito libre adicional.**

"Certifico que se promovió la constitución de este comité de manera equitativa entre mujeres y hombres y la documentación acredita la calidad de las personas usuarias".

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:

Tipo	Total	Estado físico			
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:

Tipo	Total	Estado físico			
Computadora(s) de escritorio	( )	(E)	(B)	(R)	(M)
Computadora(s) tipo Laptop	( )	(E)	(B)	(R)	(M)
Videoproyector(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**

Anexo 4

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

Anexo 5

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 6

Minuta de reunión

MAM[1] 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.

[1] 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				
Usuaria				

Anexo 7

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: ☐ 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

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***

Anexo 8

Informe de Comité

Información prellenada por el Programa

No. de registro del Comité de Contraloría Social: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado: _____

Fecha de llenado del informe: | | | | | | | | (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: _____

Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social

1. La elección de los (las) integrantes del comité fue realizada por:

1	Un(a) servidor(a) público(a) del Programa
2	Un(a) enlace del Programa que les asistió en la integración del comité
3	Un(a) servidor(a) público(a) del gobierno del estado o del municipio
4	Las personas beneficiarias del Programa

2. ¿Existió la misma posibilidad de elección como integrantes de comités para hombres y mujeres?

1	Sí
2	No
3	No aplica

3. ¿Qué información conocen del Programa? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Objetivos del Programa
2	Beneficios que otorga el Programa
3	Requisitos para ser beneficiario (a)
4	Tipo y monto de los beneficios
8	Dónde presentar quejas y denuncias
9	Derechos y obligaciones de quienes operan el programa
10	Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as)
11	Formas de hacer contraloría social

5	Dependencias que aportan los recursos del Programa
6	Dependencias que ejecutan el Programa
7	Conformación y funciones del comité o vocales
12	Periodo de ejecución o de entrega de los beneficios
13	No deseamos responder / No sabemos

4. De acuerdo con la información proporcionada por los (las) servidores públicos del Programa, ¿Consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiarias cumplen con los requisitos para serlo?

1	SÍ
2	No
3	No todas

5. ¿Recibieron información necesaria para realizar sus funciones como integrantes del Comité de Contraloría Social?

1	SÍ
2	No

6. En caso de no haber recibido la información ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer las actividades de Contraloría Social?

1	SÍ
2	No

7. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Solicitar información de los beneficios recibidos
2	Verificar el cumplimiento de los beneficios recibidos
3	Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa
4	Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa
5	Verificar la entrega a tiempo de los beneficios
6	Orientar a los (las) beneficiarios (as) para presentar quejas y denuncias
7	Contestar informes de Contraloría Social
8	Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as)
9	Expresar dudas y propuestas a los (las) responsables del Programa
10	Inhibir un posible condicionamiento para la entrega del beneficio o la permanencia en el Programa.
11	No deseamos responder / No sabemos

8. ¿Para qué sirvió participar en Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Para gestionar o tramitar los beneficios del Programa
2	Para recibir oportunamente los beneficios del Programa
3	Para recibir mejor calidad en los beneficios del Programa
4	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) del Programa
6	Para que se atiendan nuestras quejas
7	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de transparentar los recursos del Programa
8	Para que el Programa funcione mejor
9	Para continuar en el Programa

5	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios (as) del Programaa	10	No deseamos responder / No sabemos

9. De acuerdo a su experiencia como comité de Contraloría Social:

9.1. ¿Consideran que el Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen?	Sí	1	No	0
9.2. ¿Consideran que el Programa cumplió con lo que informó que entregaría?	Sí	1	No	0
9.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?	Sí	1	No	0
9.4. ¿Recibieron quejas y/o denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí	1	No	0
9.5. ¿Entregaron las quejas y/o denuncias a la autoridad competente?	Sí	1	No	0
9.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas y/o denuncias que entregaron a la autoridad?	Sí	1	No	0

10. ¿Cómo fue su experiencia con el Programa solicitando información de los beneficios recibidos?

1	Muy buena	3	Regular	5	Muy mala
2	Buena	4	Mala	6	No solicitamos información

10.1 ¿Por qué? _____

_____

11. ¿Qué tan satisfechos(as) están con su participación en actividades de Contraloría Social?

Seleccionen en una escala del 1 al 10, donde 1 es "muy poco" y 10 es "mucho"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11.1. ¿Qué se podría mejorar del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Acceder a la información a tiempo	6	La selección de las personas beneficiarias que integran los comités
2	Resolución de inconformidades o expresiones ciudadanas (dudas, quejas o denuncias)	7	El impacto de la Contraloría Social en la transparencia y la rendición de cuentas del Programa
3	El seguimiento a quejas y denuncias	8	El impacto de la Contraloría Social para mejorar las fallas detectadas en el Programa.

4	La comunicación con los (las) responsables del Programa
5	Lo que permite reportar este Informe de Contraloría Social
9	Otra: _____

11.2. ¿Qué fue lo mejor del proceso de Contraloría Social? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Acceder a la información a tiempo
2	Resolución de inconformidades o expresiones ciudadanas (dudas, quejas o denuncias)
3	El seguimiento a quejas y denuncias
4	La comunicación con los (las) responsables del Programa
5	Lo que permite reportar este Informe de Contraloría Social
6	La selección de las personas beneficiarias que integran los comités
7	Participar en un mecanismo de participación ciudadana que contribuye a la transparencia y rendición de cuentas del Programa
8	El impacto de la Contraloría Social para mejorar las fallas detectadas en el Programa.
9	Otra: _____

12. ¿Recomendarían o invitarían a otras personas beneficiarias a formar parte de un Comité de Contraloría?

Seleccionen en una escala del 1 al 10, donde 1 es "no, de ninguna manera" y 10 es "sí, con toda seguridad"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. ¿Ustedes o alguien de su familia tiene acceso a un teléfono celular inteligente o computadora? Seleccionen todas las que apliquen.

1	Teléfono inteligente (p.ej. con aplicaciones como WhatsApp y Facebook)
2	Computadora con internet en casa
3	Computadora con internet cerca de casa ("café internet" o vecinos(as))
4	No, no tenemos acceso

14. Si una nueva forma de reportar lo permitiera ¿les parecería útil y conveniente hacer los Informes de Contraloría Social directamente por computadora o teléfono celular?

1	Sí, por medio de teléfono inteligente
2	Sí, por medio de computadora con internet
3	No, me parece mejor hacerlo de la manera actual

15. Observaciones (en su caso, incluir la o las preguntas adicionales)

Nombre y firma del(la) servidor(a) público (a) que recibe este informe	**Nombre y firma del(la) integrante del Comité**