

Acta de Asamblea

**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 las/os contralores sociales (CURP, 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**



**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)
Videoprojector(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**



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?

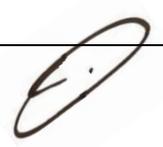
Servidora o servidor público  Otro:

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

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

Presenta pruebas:  Si  No

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





**Programa de Fortalecimiento a la  
Transversalidad de la Perspectiva  
de Género  
2020**



\*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)

**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)	





**Programa de Fortalecimiento a la  
Transversalidad de la Perspectiva  
de Género  
2020**



**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**

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: \_\_\_\_\_

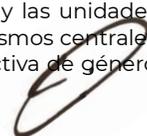
Descripción del servicio:

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				

\_\_\_\_\_  
Nombre, cargo y firma de la servidora/or  
pública/o que elabora



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***





**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**10.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria o integrante del Comité presentó o presentaron una queja/denuncia sobre la operación del Programa?**

1 No (Dee a la pregunta 11)  2 Sí

**10.1.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia y ante qué instancia fue.**

- 1-  Plataforma Ciudadana Atención Interna y Externa de la Corrupción
- 2-  Buen móvil o fijo
- 3-  Sistema Integral de Denuncia Ciudadana (SIDDC)
- 4-  Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
- 5-  Comisionados del Estado
- 6-  Teléfono público con acceso electrónico
- 7-  Personal responsable de la ejecución del Programa

8- ¿Ante qué instancia fue presentada?

**10.2.- ¿Cuál o cuáles fue o fueron los motivos de su queja/denuncia?** (Puede marcar una o más opciones)

- 1-  Falta de difusión de la información sobre el Programa
- 2-  El ejercicio de los recursos públicos no se realizó de forma transparente y se violan las reglas de operación y/o normatividad aplicable
- 3-  Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con los requisitos de acuerdo a la normatividad
- 4-  No se cumplió con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o materiales
- 5-  No existe documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o materiales
- 6-  Otro: \_\_\_\_\_

**11.- ¿Cuál es su opinión sobre el mecanismo o los mecanismos que utilizó para presentar su queja/denuncia?**

.....  
 .....  
 .....

**12.- Describa brevemente los resultados sobre su experiencia tras presentar su queja/denuncia.**

.....  
 .....  
 .....

**13.- ¿Existió equidad de género en la integración del Comité?**

1 No  2 Sí  3 No aplica

**14.- Señale los medios a través de los cuales recibió capacitación en materia de contraloría social.** (Puede marcar una o más opciones)

- Reunión o asamblea
- Videconferencia
- Llamada telefónica
- Correo electrónico
- Folleto
- Otro: \_\_\_\_\_

**15.- ¿Qué actividades realizó el Comité de Contraloría Social?**

- | No. | Si                             | No                       | Comentarios   |
|-----|--------------------------------|--------------------------|---|
| 51. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?   |
| 52. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?  |
| 53. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se informó a otras personas beneficiarias sobre el Programa?   |
| 54. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con los requisitos de acuerdo a la normatividad?            |
| 55. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se llevaron a cabo reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social? |
| 56. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se solicitó información sobre los beneficios recibidos?  |
| 57. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se orientó a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias?  |
| 58. | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | ¿Se solicitó el apoyo e iniciativas a las personas responsables del Programa?   |
| 59. | Comentarios adicionales: _____ |                          |   |

**16.- En su experiencia, ¿para qué cree que sirvió participar en actividades de Contraloría Social?**

- Gestión y trámite de los beneficios del Programa
- Decepción oportuna de los beneficios del Programa
- Calidad en los beneficios del Programa
- Conocimiento y buen ejercicio de los derechos y obligaciones de las personas beneficiarias del Programa
- Transparencia en los recursos del Programa
- Mejor funcionamiento del Programa
- En realidad, no sirve para nada
- Otro: \_\_\_\_\_





LOGOTIPO DE  
LA INSTITUCIÓN

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Atención oportuna a quejas/comentarios

17.- ¿Considera que la realización de las actividades de Contraloría Social fue ajena a cualquier partido u organización política?

SI  NO

18.- Según su experiencia, ¿cuál de los siguientes aspectos son susceptibles de mejora en el proceso de la Contraloría Social?

Acceso a la información en tiempo y forma  Implementación de un mecanismo de participación ciudadana que contribuya a la transparencia y rendición de cuentas del Programa

Responsabilidad y seguimiento a quejas/comentarios  Subsección de Integridad de los funcionarios del Programa

Vinculación de las personas responsables del Programa  Otros \_\_\_\_\_

Disponibilidad de la Contraloría Social (por ejemplo, en las oficinas)

Retención de las personas beneficiarias que integran el Comité

19.- ¿Recomendaría participar en acciones de Contraloría Social en algún otro programa gubernamental?

SI, ¿por qué? \_\_\_\_\_

NO, ¿por qué? \_\_\_\_\_

20.- ¿Participaría en acciones de transparencia y rendición de cuentas para dar certeza a la sociedad sobre el uso y operación de los programas sociales y recursos públicos, a fin de evitar que los mismos sean utilizados con fines político-electorales?

SI, ¿por qué? \_\_\_\_\_

NO, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**Transparencia al uso de los recursos, acceso a la información y Derecho de Acceso a la Información**

\*Según el Marco del Modelo de Transparencia y Rendición de Cuentas publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la equidad de género se define como la igualdad de oportunidades para las mujeres y hombres de acceder con sus necesidades específicas, por ejemplo en materia de salud, con una oportunidad para que se considere igualmente en lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades. En el ámbito del desarrollo, un objetivo de equidad de género e igualdad requiere incorporar medidas encaminadas a compensar las desventajas históricas y actuales que afectan a las mujeres.

**SERIAS**

Nombre y firma de la persona sendora pública que recibe este informe

Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este informe

MECANISMOS DE ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS		
<p><b>VIA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Brinde a conocer a la Dirección General de Asesoría e Investigaciones (DIA) del Ministerio Público, ubicada en: Insurgentes Sur No. 178, Barrio de los Leones, Ciudad de México, C.P. 06030 Ciudad de México.</p>	<p><b>VIA TELEFÓNICA</b></p> <p>Al teléfono de Atención al Ciudadano y/o línea de Atención al Ciudadano.</p>	<p><b>DE MANERA PERSONAL</b></p> <p>En el espacio físico de la Dirección General de Asesoría e Investigaciones (DIA) del Ministerio Público, ubicada en: Insurgentes Sur No. 178, Barrio de los Leones, Ciudad de México, C.P. 06030 Ciudad de México.</p>
<p><b>VIA CORREO ELECTRÓNICO</b></p> <p>comentarios@funcionpublica.gob.mx</p>	<p><b>ON LINE</b></p> <p>Mediante el Sistema de Atención al Ciudadano de Contraloría Social que opera de manera gratuita y accesible en: <a href="http://www.funcionpublica.gob.mx">www.funcionpublica.gob.mx</a></p> <p>Atención al Ciudadano de Contraloría Social (2020) [Documento de consulta pública]</p>	





**Programa de Fortalecimiento a la  
Transversalidad de la Perspectiva  
de Género  
2020**



**Anexo 9**

**Escrito Libre**

Nombre del Comité de Contraloría  
Social

Fecha de registro

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del(a) servidor(a) público(a)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del(a) integrante del  
CCS**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del(a) servidor(a) público(a)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del(a) integrante del  
CCS**