

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)

Clave de registro

Datos de identificación de las personas integrantes del comité de Contraloría Social

Nombre, dirección de las/os contralores sociales (CURP, Calle, Número, Localidad, C.P., Municipio), teléfono y correo electrónico	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

V. Actividades que realizará el Comité (seleccionar solamente las que apliquen).

A continuación, deberá seleccionar solamente las acciones que le apliquen.			
<input type="checkbox"/>	Solicitar la información pública relacionada con la operación del programa.	<input type="checkbox"/>	Vigilar que el programa federal no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa federal.
<input type="checkbox"/>	Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del programa federal.	<input type="checkbox"/>	Vigilar que el programa federal no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.
<input type="checkbox"/>	Vigilar que el ejercicio de los recursos públicos para las obras, apoyos o servicios sea oportuno transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación.	<input type="checkbox"/>	Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa federal.
<input type="checkbox"/>	Vigilar que se difunda el padrón de beneficiarios.	<input type="checkbox"/>	Registrar en los informes los resultados de las actividades de contraloría social realizadas, así como dar seguimiento, en su caso, a los mismos (antes cédulas).
<input type="checkbox"/>	Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener ese carácter.	<input type="checkbox"/>	Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución de los programas federales
<input type="checkbox"/>	Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios	<input type="checkbox"/>	Recibir las quejas y denuncias que puedan dar lugar al fincamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con los programas federales, así como turnarlas a las autoridades competentes para su atención.
<input type="checkbox"/>	Vigilar que exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios.	<input type="checkbox"/>	Otra, indicar:

VI. Escrito libre (espacio para incluir comentarios sobre la constitución y actividades de los CCS).

**Nombre, Cargo y firma de la persona designada
como enlace por la IMEF**

“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”.

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 _____:

Nombre: _____

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

Presenta pruebas:

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

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

<input type="checkbox"/> Muerte del integrante	<input type="checkbox"/> Acuerdo de la mayoría de las usuarias del CDM (se anexa listado)
<input type="checkbox"/> Separación voluntaria, mediante escrito libre a las personas integrantes del comité (se anexa el escrito)	<input type="checkbox"/> Otra. Especifique
<input type="checkbox"/> Acuerdo del comité por mayoría de votos (se anexa listado)	<input type="checkbox"/>

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



**Programa de Fortalecimiento a la
Transversalidad de la Perspectiva de Género
2021**



(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

MAM¹ 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: _____

Tipo de reunión: presencial virtual mixta

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.

--

Resultados 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.

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
_____	_____	_____

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 servidora
pública que recibe*

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

(Nombre del Programa)

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Periodo que comprende
el Informe:

Del
DÍA MES AÑO

A
DÍA MES AÑO

Fecha de llenado del Informe: DIA MES AÑO

Clave de la Entidad Federativa:

Clave del Municipio o Alcaldía:

Clave de la Localidad:

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción u opciones que correspondan a su opinión.

1.- La información que recibió respecto al Programa por el responsable del mismo está relacionada con:

	No	Sí	
1.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Contraloría Social
1.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los Objetivos del Programa
1.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado

	No	Sí	
1.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los datos de Contacto de los responsables del Programa
1.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias

2.- Consideras que la información recibida por el responsable del programa fue:

	No	Sí	
2.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clara
2.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adecuada

	No	Sí	
2.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Útil
2.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oportuna

3.- Respecto al beneficio obtenido por el Programa, indique si se presentó alguna o algunas de las siguientes situaciones:

	No	Sí	No aplica	
3.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?
3.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue entregado completo el beneficio?
3.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?
3.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?
3.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?
3.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En su opinión, ¿el beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?

4.- Durante o al final de sus actividades de vigilancia, ¿halló o fue testigo de alguna irregularidad en el Programa?

0

No

1

Sí

4.1.- Si fue testigo de alguna irregularidad en el Programa:

Especifique cuál:

5.- ¿Considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

0

No

1

Sí

6.- ¿Conoce los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?

	No	Sí	
6.1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
6.2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
6.3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
6.4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos establecidos por el Programa
6.5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
6.6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

7.- ¿Usted, alguna persona beneficiaria u otro integrante del Comité, presentó o presentaron una queja/denuncia/alerta sobre el Programa?

0

No (Pase a la pregunta 11)

1

Sí

8.- Señale el mecanismo o los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta. (Puede marcar una o más opciones, según sea el caso)

	No	Sí	
8.1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
8.2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
8.3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
8.4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos establecidos por el Programa
8.5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
8.6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mecanismos de los Órganos Estatales de Control

9.- ¿Cuál fue o cuáles fueron los motivos de su queja/denuncia/alerta? (Puede marcar una o más opciones, según sea el caso)

	No	Sí	
9.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Falta de difusión de la información sobre el Programa
9.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	El Programa no aplica los recursos públicos de forma transparente
9.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con sus obligaciones
9.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No se cumpla con los períodos para la realización de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios
9.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No existe documentación comprobatoria del uso de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios
9.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	El Programa no cumple con las reglas establecidas para su funcionamiento

10.- ¿Fue procedente su queja/denuncia/alerta? No Sí

11.- ¿Se promovió la participación igualitaria entre hombres y mujeres para la integración del Comité? No Sí No aplica

12.- ¿El Comité de Contraloría Social realizó las siguientes actividades?

	No	Sí	
12.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
12.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
12.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con sus obligaciones?
12.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
12.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
12.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias/alertas?
12.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
12.8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?

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

	No	Sí	
13.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
13.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
13.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
13.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
13.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar una atención oportuna a quejas/denuncias
13.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
13.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	No se le encontró utilidad

14.- ¿Considera que la realización de las actividades de Contraloría Social fue ajena a cualquier partido, organización política o culto religioso?

0 No 1 Sí

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

	No	Sí	
15.1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Acceso a la información en tiempo y forma
15.2	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Respuesta y/o seguimiento a quejas/denuncias/alertas
15.3	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Comunicación con las personas responsables del Programa
15.4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Informes de Contraloría Social (por ejemplo este)
15.5	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Eliminar las irregularidades detectadas en el Programa
15.6	Otro:		

16.- En caso de que su Programa implique obra pública, la obra se encuentra

<input type="checkbox"/> 1	Iniciada	<input type="checkbox"/> 4	Terminada
<input type="checkbox"/> 2	En proceso	<input type="checkbox"/> 5	No sé
<input type="checkbox"/> 3	Suspendida	<input type="checkbox"/> 6	No aplica

17.- La obra pública se encuentra suspendida por:

<input type="checkbox"/> 1	Fenómenos naturales	<input type="checkbox"/> 5	Contingencia sanitaria
<input type="checkbox"/> 2	Conflicto social	<input type="checkbox"/> 6	No sé
<input type="checkbox"/> 3	Medidas de seguridad	<input type="checkbox"/> 7	No aplica
<input type="checkbox"/> 4	Problemas económicos		

18.- ¿La obra es útil para su comunidad? 0 No 1 Sí

Página | 3

19.- Comentarios u observaciones generales:

FIRMAS



**Nombre y firma de la persona servidora pública
que recibe este Informe (Datos de contacto, correo electrónico y/o número
celular)**



**Nombre y firma de la persona integrante del Comité
de Contraloría Social que entrega este Informe (Datos de contacto, correo
electrónico y/o número celular)**

Mecanismos de Atención a Quejas y Denuncias

<p>EN LA WEB Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad https://alertadores.funonpublica.gob.mx/ Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECC): https://sidecc.funonpublica.gob.mx/#/</p>	<p>VÍA CORRESPONDENCIA Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México. VÍA TELEFÓNICA Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000</p>	<p>DE MANERA PREBENCIAL En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.</p>
<p>Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles</p> <p>Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán remitir información que consideren pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: contraloriasocial@funcionpublica.gob.mx 55 2000 3000 ext. 3348</p>		