

## ANEXO II

Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género:  
2022

### ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

#### I. 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)

#### II. Datos de la obra o apoyo del programa

Apoyo, obra o servicio	
Objetivo General	
Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)	
Localidad	
Municipio	
Estado	
Monto de la obra, apoyo o servicio:	
Duración de la obra, apoyo o servicio	

#### Mecanismos e instrumentos que utilizará para el ejercicio de sus actividades

- Sistema Informático de Contraloría Social (SICS)
- Correos electrónicos dirigidos a las Instancias de las Mujeres en las Entidades Federativas (IMEF-Instancias Ejecutoras-), para que fomenten y promuevan la participación de las personas usuarias de los CDM

#### Documentación que acredita la calidad de Beneficiario

- Ser usuaria registrada de las acciones que otorga en CDM

#### 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)

## V. Funciones y compromisos del comité de contraloría social.

Además de solicitar información deberá:	
<input type="checkbox"/>	Se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del Programa
<input type="checkbox"/>	Los/as beneficiarios/as cumplan con los requisitos para tener ese carácter.
<input type="checkbox"/>	El programa no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres
<input type="checkbox"/>	Exista documentación comprobatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de apoyos y/o servicios.
<input type="checkbox"/>	Se cumpla con los períodos de ejecución de la entrega de los apoyos y/o servicios
<input type="checkbox"/>	El programa no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del programa
<input type="checkbox"/>	El ejercicio de los recursos públicos para los apoyos y/o servicios sea oportuno transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación
<input type="checkbox"/>	Las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa

**Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia de registro:**

**Cargo del servidor público:**

**Teléfono:**

**Correo:**

*“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”.*

ESCRITO POR EL QUE EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL SOLICITA SU REGISTRO ANTE EL PROGRAMA

Los integrantes del comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las acciones de contraloría social durante la vigencia del ejercicio 2022, para lo cual utilizaremos los instrumentos proporcionados por el Programa, por lo que solicitamos el registro oficial del comité en el Sistema Informático de Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública y asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro.

(Agregar aviso de privacidad)

### ANEXO III

Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género  
2022

#### 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**

**ANEXO IV**

**Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de  
Género  
2022**

**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  Sí  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:  Sí  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](mailto:contraloriainterna@inmujeres.gob.mx)

## ANEXO V

### Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género 2022

#### ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:

Fecha de sustitución
Domicilio donde se constituye el Comité

Nombre del Comité de Contraloría Social
Clave de registro

#### 1) DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA

Apoyo, obra o servicio:	
Objetivo General:	
Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)	
Localidad:	
Municipio:	
Estado:	
Monto de la obra, apoyo o servicio:	
Duración de la obra, apoyo o servicio	

#### 2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombre completo:	
Sexo	
Edad:	
Cargo del integrante:	
CURP:	
Correo Electrónico:	
Teléfono(Incluir lada)	
Domicilio:	
Calle:	
Numero:	
Colonia:	
CP:	
Firma	
Nombre completo:	
Sexo	
Edad:	
Cargo del integrante:	

#### 3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO

Nombre completo:	
Sexo	
Edad:	
Cargo del integrante:	
CURP:	
Correo Electrónico:	
Teléfono(Incluir lada)	
Domicilio:	
Calle:	
Numero:	
Colonia:	
CP:	
Firma:	

**MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:**

Muerte del integrante	Acuerdo de la mayoría de las beneficiarias del programa/usuarias del CDM (se anexa listado)
Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)	Pérdida del carácter de beneficiario del programa
Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)	Otra. Especifique

---

Nombre y firma del Servidor público que emite la constancia de registro:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

Se anexa esta acta de sustitución al registro original del Comité de Contraloría Social

**(Agregar aviso de privacidad)**

**ANEXO VI**

**Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de  
Género  
2022**

**MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**Tipo de reunión: Virtual \_\_\_\_\_ Presencial \_\_\_\_\_**

Fecha de la Reunión:	
Lugar de la Reunión:	
Entidad Federativa:	
Municipio:	
Localidad:	
Motivo de la Reunión:	

**1) DATOS DE LA OBRA O APOYOS DEL PROGRAMA**

Nombre del Funcionario	Cargo	Firma

**2) BENEFICIARIOS QUE ASISTIERON**

Nombre del Beneficiario	Firma

**3) COMITÉS QUE ASISTIERON**

**Nombres de los Comités**

**(Incluir el nombre del comité)**

**INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE ASISTIERON:**

Nombre del Integrante del Comité	Asistió	Firma

**4) TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN**  
**(Describir los temas tratados en la reunión)**


**5) ACUERDOS**

Descripción del Acuerdo	Responsable del Acuerdo	Fecha Compromiso

---

**Firma**

Servidor público responsable de la reunión:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

