



**ANEXO III**

**FICHA INFORMATIVA DE OBRAS, APOYOS Y SERVICIOS DEL PROGRAMA DE APOYO PARA REFUGIOS ESPECIALIZADOS PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, SUS HIJAS E HIJOS, 2021**

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio	Nombre del Comité <sup>4</sup>	Lugar <sup>5</sup>
R-2021/034 Instituto Veracruzano de las Mujeres	R-2021/034 Recursos Humanos 1	Xalapa

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora para brindar al Comité de nombre Recursos Humanos la información de la Obra, Apoyo o Servicio que vigilará como parte de la Contraloría Social del Programa de Apoyo para Refugios.

**El tipo de beneficio a recibir es:**

Obra

Servicios de Atención especializada

Servicios de Profesionalización o Contención Emocional

Apoyo

Nombre de la obra, servicio o apoyo:

Recursos Humanos 1

Descripción de la obra, servicio o apoyo:

Personal especializado que fortalezca al personal permanente que brinda atención a las Mujeres víctimas de Violencia, sus hijas e hijos durante su estancia en Refugio

**La obra, servicio o apoyo será proporcionado por:**

1	Ente público (Nombre) Instituto Veracruzano de las Mujeres	2	Organización de la Sociedad Civil (Nombre)
3	Otro (especifique)		


**El equipo de profesionistas responsables de realizar estas actividades es:**


Nombre completo	Teléfono
Mujer 1	

<sup>4</sup> Nombre del Comité, de acuerdo a lo establecido en la Guía Operativa, en el numeral 5, correspondiente a la Nomenclatura de los Comités constituidos y su registro en el SICS.

<sup>5</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.



  
María Guadalupe Montes de Oca Torres  
Nombre completo, firma y correo electrónico  
de la persona Enlace de Contraloría Social  
juridicomontesdeoca\_7@hotmail.com.

  
Isabel B.M.  
Firma de la persona Integrante del Comité que  
recibe la ficha

Se le invita a que vigile la ejecución de la obra, servicio o apoyo con un trato respetuoso.

Sello de la Instancia Ejecutora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



ANEXO IV  
LISTA DE ASISTENCIA 2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio:

Instituto Veracruzano de las Mujeres Entidad Federativa:

Veracruz

Nombre de la capacitación/reunión

Integración del comité de Recursos Humanos

Fecha:

10-Dic-2021

Nombre completo <sup>6</sup>	Sexo (M / H)	Edad	Indique si es: (marcar con X)					En caso de ser persona servidora pública indique la dependencia de procedencia	Correo electrónico	Firma (o iniciales de Usuaría)
			Persona servidora pública	Profesionista de OSC (Refugio o CEA)	Persona beneficiaria	Integrante de Comité	Otro			
Mujer	M	34				X				Isabel B.M

*María Guadalupe Montañez de Torres*  
Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social 7@hotmail.com

<sup>6</sup> Con apego al cumplimiento a la protección de datos personales de mujeres en situación de violencia, bajo el principio de confidencialidad, en los casos de las usuarias de los servicios de atención especializada, se colocará en el recuadro de nombre completo, el término de identificación "Mujer" seguido del número consecutivo.



**ANEXO V**  
**MINUTA DE REUNIÓN 2021**

**Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
Recursos Humanos		10 / 12 / 2021

**Motivo de la reunión:**

Integración del Comité de Recursos Humanos y capacitación.

**Lugar de la reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia

Lugar de la reunión: Xalapa, Ver. Fecha: 10/Dic/2021

Tipo de reunión: Virtual  Presencial

**Descripción de la obra, apoyo o servicio:**

Servicios de atención especializada que brindan las profesionistas en la áreas psicológica, jurídica, trabajo social, educación, enfermería etc. a las Mujeres víctimas de violencia.

**Programa de la reunión (Puntos a tratar):**

Capacitación sobre la Contraloría Social  
- Integración del Comité de Recursos Humanos.

**Resultados de la reunión:**

**Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

**Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

<sup>7</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.



Comentarios  
adicionales

Ninguno.

**Acuerdos:**


Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Vigilar de manera responsable todas las acciones que corresponde al comité de Recursos Humanos.	Mujer	31/ DIC / 2021

Nombre de las dependencias que asistieron a la reunión
Instituto Veracruzano de las Mujeres.

**Denuncias y peticiones que presentan las personas integrantes del Comité:**

¿Cuántas recibió en forma escrita?	Escribir a qué se refieren
Denuncias	0
Peticiones	0

Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo IV).

  
María Guadalupe Montas de Peña Torres judiccomontasdeoca7@hotmail.com  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



**ANEXO VI**

**FORMATO FUSIONADO PARA EL REGISTRO DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021**

**I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA**

**Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos**

Estado: Veracruz Lugar<sup>8</sup>: Xalapa

Marque con una X el cuadro que indique el tipo de beneficio —obra, servicio o apoyo— que recibió del Programa. Puede elegir más de una opción.

Obra  Servicio  Apoyo

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: Del 

31	03	2021
DÍA	MES	AÑO

 al 

31	12	2021
DÍA	MES	AÑO

Monto del servicio o apoyo que vigila: \$ 620,708.00

**II. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de constitución del Comité	Fecha de registro
<u>Recurso Humano 1</u>		<u>10 / 12 / 2021</u>	<u> / /</u>

Indique el nombre de las personas beneficiarias que acordaron la constitución del Comité de Contraloría Social<sup>9</sup>

Nombre completo	Edad	Mujer	Hombre	Cargo dentro del Comité	Firma (iniciales)
<u>Mujer</u>	<u>34</u>	<u>X</u>		<u>Integrante</u>	<u>Isabel B.M.</u>

	Si	No
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizó por mayoría de votos?	<u>X</u>	
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizó bajo los criterios de Igualdad y no discriminación?	<u>X</u>	
Las personas integrantes del Comité asumen esta acta de registro como escrito libre para solicitar su registro ante el Programa de Apoyo para Refugios, con fundamento en el artículo 70 de la Ley General de Desarrollo Social	<u>X</u>	

<sup>8</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.

<sup>9</sup> Con apego al cumplimiento a la protección de datos personales de **mujeres en situación de violencia** bajo el principio de confidencialidad, en los casos de las usuarias de los servicios de atención especializada, **se colocará en el recuadro de nombre completo, el término de identificación "Mujer" seguido del número consecutivo.** Asimismo, por protección de datos personales de mujeres víctimas de violencia **no es posible incluir la CURP.**



**III. INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS BRINDADOS CON RECURSO DEL PROGRAMA DE APOYO PARA REFUGIOS**

Nombre y descripción de la obra, servicio o apoyo que se recibe:

Recursos Humanos 1

Nombre y dirección del lugar donde se recibió la obra, servicio o apoyo<sup>10</sup>

Nombre	Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia			
Calle y número:	Jose Maria Mata #2	Colonia	Centro	CP. 91000
Municipio, Estado	Veracruz	Localidad	Xalapa	

**IV. FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Funciones	Solicitar la información pública relacionada con la operación del Programa de Apoyo para Refugios.	✓
	Vigilar que se difunda información suficiente, veraz y oportuna sobre la operación del Programa.	✓
	Vigilar que el ejercicio de los recursos públicos para las obras, servicios o apoyos sea oportuno transparente y con apego a lo establecido en las reglas de operación del Programa.	✓
	Vigilar que las personas beneficiarias del Programa de Apoyo para Refugios cumplan con los requisitos para tener ese carácter.	✓
	Vigilar que se cumpla con los periodos de ejecución de las obras o de la entrega de los servicios o apoyos.	✓
	Vigilar que exista documentación probatoria del ejercicio de los recursos públicos y de la entrega de las obras, servicios o apoyos.	✓
	Vigilar que el Programa de Apoyo para Refugios no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del Programa.	✓
	Vigilar que el Programa de Apoyo para Refugios sea aplicado bajo los criterios de igualdad y no discriminación	✓
	Vigilar que las autoridades competentes den atención a las denuncias relacionadas con el Programa.	✓
	Registrar en las cédulas de vigilancia y en los formatos de informes anuales, los resultados de las actividades de contraloría social realizadas, así como dar seguimiento a los mismos.	✓
	Recibir denuncias sobre la aplicación y ejecución del Programa de Apoyo para Refugios.	✓
	Recibir denuncias que puedan dar lugar al fincamiento de responsabilidades administrativas, civiles o penales relacionadas con el Programa, así como turnarlas a las autoridades competentes para su atención.	✓

Compromisos  
Vigilar que se cumplan las funciones del comite de Recursos Humanos

**V. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA INSTANCIA EJECUTORA QUE EMITE EL ACTA DE REGISTRO**

Ma. del Rocío Villafuerte  
Martinez  
Nombre completo

Encargada de Despacho de  
la Dir. Gral. del IVM  
direccion-ivm@gmail.com  
Cargo y correo electrónico

  
Firma

\*Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo 4).

<sup>10</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.



**ANEXO V**  
**MINUTA DE REUNIÓN 2021**

**Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
Recursos Humanos 1		13 /12/ 2021

**Motivo de la reunión:**

2da reunión: Informar sobre las actividades de vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 1

**Lugar de la reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en Situación de Violencia  
 Lugar de la reunión: Xalapa Ver Fecha: 13/12/2021  
 Tipo de reunión: Virtual  Presencial

**Descripción de la obra, apoyo o servicio:**

Servicios de atención especializada que brindan los profesionistas en las áreas psicológica, jurídica, trabajo social, educación, enfermería, etc. a las mujeres víctimas de violencia.

**Programa de la reunión (Puntos a tratar):**

Informar sobre las actividades de vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 1

**Resultados de la reunión:**

**Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

**Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

<sup>7</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.





<b>Comentarios adicionales</b>	Ninguno

**Acuerdos:**


Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Establecer los rubros y lineamientos para realizar las actividades del comité.	Mujer 1	31/Dic/2021

Nombre de las dependencias que asistieron a la reunión
Instituto Veracruzano de las Mujeres

**Denuncias y peticiones que presentan las personas integrantes del Comité:**

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	0	
Peticiones	0	

Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo IV).

  
María Guadalupe Montes de Oca Torres [juridicomontesdeoca\\_7@hotmail.com](mailto:juridicomontesdeoca_7@hotmail.com)  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



BIENESTAR

INDESOL

INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

ANEXO IV

LISTA DE ASISTENCIA 2021

R-2021

1034

Entidad Federativa:

Veracruz

Veracruz

13-Dic-2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio:

Nombre de la capacitación/reunión

2da Reunion: Informe sobre las actividades de vigilancia a realizar por el Comité de Recursos Humanos 1

Fecha: 13-Dic-2021

Nombre completo <sup>6</sup>	Sexo (M / H)	Edad	Indique si es: (marcar con X)				En caso de ser persona servidora pública indique la procedencia	Correo electrónico	Firma (o iniciales de Usuario)
			Persona servidora pública	Profesionista de OSC (Refugio o CEA)	Persona beneficiaria	Integrante de Comité			
Mujer 1	M	34				X			Isabel B.M

Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social

6 Con apego al cumplimiento a la protección de datos personales de mujeres en situación de violencia, bajo el principio de confidencialidad, en los casos de las usuarias de los servicios de atención especializada, se colocará en el recuadro de nombre completo, el término de identificación "Mujer" seguido del número consecutivo.



**ANEXO V**  
**MINUTA DE REUNIÓN 2021**

**Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
Recursos Humanos 1		15 / 12 / 2021

**Motivo de la reunión:**

Tercera reunión de verificación y cumplimiento de Personal Contratado mediante el programa.

**Lugar de la reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia

Lugar de la reunión<sup>7</sup>: Xalapa, Ver Fecha: 15 / 12 / 2021

Tipo de reunión: Virtual  Presencial

**Descripción de la obra, apoyo o servicio:**

Servicios de atención especializada que brindan los profesionistas en las áreas psicológicas, jurídica, educación, enfermería etc. a las mujeres víctimas de violencia.

**Programa de la reunión (Puntos a tratar):**

Verificación y cumplimiento de personal Contratado por programa

**Resultados de la reunión:**

**Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

**Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

<sup>7</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.



<b>Comentarios adicionales</b>	Ninguna
--------------------------------	---------

**Acuerdos:**

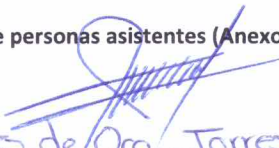
Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Se presentó la plantilla del personal contratado por el programa	Mujer 1	31/Dic/2021

Nombre de las dependencias que asistieron a la reunión
Instituto Veracruzano de las Mujeres

**Denuncias y peticiones que presentan las personas integrantes del Comité:**

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	0	
Peticiones	0	

Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo IV).

  
María Guadalupe Monts de Oca Torres      Juridicomontsdeoca-7@gmail.com  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



ANEXO IV

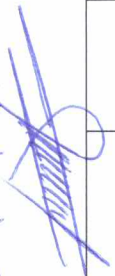
LISTA DE ASISTENCIA 2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio: Instituto Veracruzano de las Mujeres Entidad Federativa: Veracruz

Nombre de la capacitación/reunión: Taller de verificación y cumplimiento

Fecha: 15-Dic-2021

Nombre completo <sup>6</sup>	Sexo (M / H)	Edad	Indique si es: (marcar con X)					En caso de ser persona servidora pública indique la dependencia de procedencia	Correo electrónico	Firma (o iniciales de Usuario)
			Persona servidora pública	Profesionista de OSC (Refugio o CEA)	Persona beneficiaria	Integrante de Comité	Otro			
Mujer 1	M	34				X				Isabel B.M.

  
María Guadalupe Montes de Oca Torres juridicorantrodaca-3ahatmail.com  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social

<sup>6</sup> Con apego al cumplimiento a la protección de datos personales de mujeres en situación de violencia, bajo el principio de confidencialidad, en los casos de las usuarias de los servicios de atención especializada, se colocará en el recuadro de nombre completo, el término de identificación "Mujer" seguido del número consecutivo.



**ANEXO V**  
**MINUTA DE REUNIÓN 2021**

**Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
Recursos humanos 1		17 /12/2021

**Motivo de la reunión:**

Reunión Cuarta: Cierre del Comité de Recursos Humanos 1

**Lugar de la reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia

Lugar de la reunión: Xalapa, Ver Fecha: 17-12-2021

Tipo de reunión: Virtual  Presencial

**Descripción de la obra, apoyo o servicio:**

Personal especializado que fortalece al personal permanente que brinda atención a las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos durante su estancia en el refugio.

**Programa de la reunión (Puntos a tratar):**

Cierre del comité de recursos humanos 1

**Resultados de la reunión:**

**Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

**Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:**

Ninguna

<sup>7</sup> En el numeral 5 "Tareas de las Instancias Ejecutoras" se establece el domicilio/lugar a registrar, apartado correspondiente a la Constitución y Registro de los Comités de Contraloría Social.



<b>Comentarios adicionales</b>	
--------------------------------	--

**Acuerdos:**


Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Conclusión de las actividades programadas.	Mujer 1	31/Dic/2021

Nombre de las dependencias que asistieron a la reunión
Instituto Veracruzano de las Mujeres

**Denuncias y peticiones que presentan las personas integrantes del Comité:**

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	0	
Peticiones	0	

Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo IV).

  
María Guadalupe Monto de Oca Torres [juridicomonto@deoca-7@hotmail.com](mailto:juridicomonto@deoca-7@hotmail.com)  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



ANEXO IV  
LISTA DE ASISTENCIA 2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio: Instituto Veracruzano de las Mujeres Entidad Federativa: Veracruz  
Nombre de la capacitación/reunión: Carta reunión: cierre del conteo de Recursos Humanos Fecha: 17-Dic-2021

Nombre completo <sup>6</sup>	Sexo (M / H)	Edad	Indique si es: (marcar con X)				En caso de ser persona servidora pública indique la dependencia de procedencia	Correo electrónico	Firma (o iniciales de Usuaría)
			Persona servidora pública	Profesionista de OSC (Refugio o CEA)	Persona beneficiaria	Integrante de Comité			
Mayer 1	M	34				X			Isabel BM

Maria Guadalupe Montes de la Torre Judicialmente de la Contraloría Social  
Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social

<sup>6</sup> Con apego al cumplimiento a la protección de datos personales de mujeres en situación de violencia, bajo el principio de confidencialidad, en los casos de las usuarias de los servicios de atención especializada, se colocará en el recuadro de nombre completo, el término de identificación "Mujer" seguido del número consecutivo.





ANEXO VIII

INFORME DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021



INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL Programa de Apoyo para Refugios Especializados para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijas e Hijos INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

Obra, apoyo o servicio vigilado: Recursos Humanos

Periodo que comprende el Informe: Del 10 DIA 12 MES 2021 AÑO Al 17 DIA 12 MES 2021 AÑO

Fecha de llenado del Informe: DIA 17 MES 12 AÑO 2021 Clave de la Entidad Federativa: Clave del Municipio o Alcaldía: 089 Clave de la Localidad: 001

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:

Table with 2 columns: No, Si. Rows 1.1 La Contraloría Social, 1.2 Los Objetivos del Programa, 1.3 Las características y montos del beneficio otorgado.

Table with 2 columns: No, Si. Rows 1.4 Los datos de Contacto de los responsables del Programa, 1.5 Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias, 1.6 Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias.

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 2.1 Clara, 2.2 Adecuada.

Table with 2 columns: No, Si. Rows 2.3 Útil, 2.4 Oportuna.

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

Table with 3 columns: No, Si, No aplica. Rows 3.1 ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir los beneficios del Programa?, 3.2 ¿Le fue entregado completo el beneficio?, 3.3 ¿El beneficio se entregó de acuerdo a las fechas y los lugares programados?, 3.4 ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a usted o a un conocido?, 3.5 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?, 3.6 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?

X No 1 Si

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

Especifique cuál: Ninguna

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

X No 1 Si

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 6.1 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción, 6.2 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE), 6.3 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción), 6.4 Mecanismos establecidos por el Programa, 6.5 Mecanismos de los Órganos Internos de Control, 6.6 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?

X No (Pase a la pregunta 11) 1 Si

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

Table with 2 columns: No, Si. Rows 8.1 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción, 8.2 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE), 8.3 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción), 8.4 Mecanismos establecidos por el Programa, 8.5 Mecanismos de los Órganos Internos de Control, 8.6 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 type="checkbox"/>	El Programa no aplica los recursos públicos de forma transparente
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con sus obligaciones
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se cumplía con los períodos para la realización de las obras o de la entrega de los apoyos o servicios
9.5	<input type="checkbox"/>	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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?

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

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

<input type="checkbox"/>	Iniciada	<input type="checkbox"/>	Terminada
<input type="checkbox"/>	En proceso	<input type="checkbox"/>	No sé
<input type="checkbox"/>	Suspendida	<input checked="" type="checkbox"/>	No aplica

17.- La obra pública se encuentra suspendida por:

<input type="checkbox"/>	Fenómenos naturales	<input type="checkbox"/>	Contingencia sanitaria
<input type="checkbox"/>	Conflicto social	<input type="checkbox"/>	No sé
<input type="checkbox"/>	Medidas de seguridad	<input checked="" type="checkbox"/>	No aplica
<input type="checkbox"/>	Problemas económicos		


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

19.- Comentarios u observaciones generales:

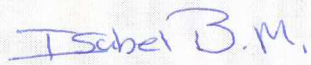
Considero que están muy bien organizadas con el programa



**FIRMAS**

  
**María Guadalupe Montes de Oca Torres**

**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><b>EN LA WEB</b></p> <p>Plataforma Ciudadanos: Atención Internet &gt; Extremos de la Comisión por casos graves de corrupción o cuando se requiere de confidencialidad <a href="https://atenciones.funcionpublica.gob.mx/">https://atenciones.funcionpublica.gob.mx/</a></p> <p>Denuncia Ciudadanos de la Comisión (SIRCA): <a href="https://sircac.funcionpublica.gob.mx/">https://sircac.funcionpublica.gob.mx/</a></p>	<p><b>VIA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Se viaja a través de la División General de Organización e Inspección de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1745, piso 2, Alameda, Cuauhtémoc Ins., Álvaro Obregón, C.D.F. 06100, Ciudad de México</p> <p><b>VIA TELEFÓNICA</b></p> <p>Atención de la República 529 11 25 7100 y Ciudad de México 2090 2000</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1745, Planta Baja, Cuauhtémoc Ins., Álvaro Obregón, Código Postal 06100, Ciudad de México</p>
---	---	---

**Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles**

Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán recibir información que consideren pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico:  
[comitevinculacion@funcionpublica.gob.mx](mailto:comitevinculacion@funcionpublica.gob.mx)  
Tel: 2090 7000 ext. 3144