



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-034 RECURSOS Humanos 2	Xalapa

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora para brindar al Comité de nombre Recursos Humanos 2 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 2

Descripción de la obra, servicio o apoyo:

Servicios profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicos, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así como servicios de: conducción de vehículos, intendencia, y cocina

La obra, servicio o apoyo será proporcionado por:

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



BIENESTAR

INDESOL

Secretaría de Bienestar

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

María Guadalupe Monto de Oca Torres  
Judicamento de Oca - 7@hotmail.com

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

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: \_\_\_\_\_



BIENESTAR

INDESOL

INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL

ANEXO IV

LISTA DE ASISTENCIA 2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio:

Instituto Veracruzano de las Mujeres / 034

Entidad Federativa:

Veracruz

Nombre de la capacitación/reunión

Integración del Comité de Recursos Humanos 2

Fecha:

10-12-2021

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			
Mujer 1	M	22				X			

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

María Guadalupe Martínez Oro Torres [juridicocontraloria@ejehatmex.com](mailto:juridicocontraloria@ejehatmex.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 2		10/12/2021

**Motivo de la reunión:**

Integración del Comité de Recursos Humanos 2

**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: 10-12-2021  
Tipo de reunión: Virtual  Presencial

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

Servicios profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicas, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así como servicios de: conducción de vehículos, intendencia y cocina.

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

Capacitación sobre lo que es la contraloría social, Integración del comité de Recursos Humanos 2.

**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:**

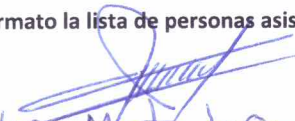
Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Revisar los programas de trabajo elaborados por las profesionistas de las diferentes áreas de atención	Mujer 1	31/01/2021

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	Ninguna	
Peticiones	Ninguna	

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

  
María Guadalupe Montes de Oro Torres [juridicomontesdeoro-7@hotmail.com](mailto:juridicomontesdeoro-7@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: 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 al 31 12 2021  
DÍA MES AÑO al 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>Recursos Humanos 2</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 1</u>	<u>22</u>	<input checked="" type="checkbox"/>			

	Si	No
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizó por mayoría de votos?	<input checked="" type="checkbox"/>	
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizo bajo los criterios de Igualdad y no discriminación?	<input checked="" type="checkbox"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	

<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:

Servicios profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicos, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así como servicios de conducción de vehículos, intendencia y cocina.

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:	José María Mora N° 2	Colonia	Centro	CP. 91000
Municipio, Estado	Xalapa, 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 Comité de Recursos Humanos.

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

María del Rocío Villafuerte Mtz  
Nombre completo

Encargada de Despacho de la Dir. Gral. del IVM. direccsion.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 2		13/12/2021

**Motivo de la reunión:** 2da Reunión: Informar sobre las actividades de vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 2

**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 profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicos, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así como servicios de conducción de vehículos, intendencia y cocina.

**Programa de la reunión (Puntos a tratar):** Informar sobre las actividades de vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 2.

**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
Establecer los rubros y lineamientos para realizar las actividades del comité.	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	
Peticiones	

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

  
María Guadalupe Montes de Oca Torres      jundicmontesdeoca\_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

Informe sobre las actividades de vigilancia y control 8 realizar 2  
Por el comité de recursos Humanos

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 dependencia de 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	22				X			

Maria Guadalupe Montes de Oca Torres pridakmatadepora-falcatmail.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 2		15 /12/2021

**Motivo de la reunión:**

3era Reunión de Verificación y Cumplimiento a los actividades proyectadas en el programa de trabajo.

**Lugar de la reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia de Género  
 Lugar de la reunión?: Xolapa, Ver Fecha: 15-12-2021  
 Tipo de reunión: Virtual  Presencial

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

Servicios profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicos, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así, como servicios de conducción de vehículos, intendencia y cocina.

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

Verificación y cumplimiento a las actividades proyectadas en el programa de trabajo de cada una de las profesionistas contratadas por el 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>	Ninguno.

**Acuerdos:**


Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Continuar con las actividades del comité de acuerdo a los lineamientos del 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 Monto de Ora Torres juridicomontodeora-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 Verificación y cumplimiento a las actividades programadas en el programa de trabajo.

Entidad Federativa:

Veracruz

Nombre de la capacitación/reunión

Fecha:

15/12/2021

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	22				X				

*[Firma]*  
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social  
 María Guadalupe Montes de Az. Torres juridiamontesdecaza3@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 2		17/12/2021

**Motivo de la reunión:**

4ta Reunión: Cierre del Comité de Recursos Humanos 2

**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, Veracruz Fecha: 17/12/2021  
Tipo de reunión: Virtual  Presencial

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

Servicios profesionales de psicología, psicología infantil, trabajo social, jurídicos, enfermería y servicios educativos (pedagogía). Así como servicios de conducción de vehículos, intendencia y cocina.

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

Cierre del comité de Recursos Humanos 2

**Resultados de la reunión:**

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

Ninguna

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

El personal con el que cuenta es suficiente

<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>	
	Nir Gms

**Acuerdos:**

Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Conclusión satisfactoria de las actividades programadas	Mujer 1 integrante de Comité	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 Montoya de Oca Torres [lxiducamontoyadeca-7@hotmail.com](mailto:lxiducamontoyadeca-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 los Rios Entidad Federativa: Veracruz

Nombre de la capacitación/reunión: Carfo reunión: cierre de comite

Fecha: 17-12-2021

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			
Myer 1	M	22				X			

María Guadalupe Montade Oca Torres jurjurmontadeoca37@hotmail.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 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: Reursos humanos

Periodo que comprende el Informe:

Del DÍA 10 MES 12 AÑO 2021  
Al DÍA 17 MES 12 AÑO 2021

Fecha de llenado del Informe: DÍA 17 MES 12 AÑO 2021

Clave de la Entidad Federativa:

Clave del Municipio o Alcaldía: 087

Clave de la Localidad: 0001

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	Si	
1.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	La Contraloría Social
1.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Los Objetivos del Programa
1.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Las características y montos del beneficio otorgado

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

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

	No	Si	
2.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Clara
2.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Adecuada

	No	Si	
2.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Útil
2.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oportuna

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

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

No  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?

No  Si

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

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

No (Pase a la pregunta 11)  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)

	No	Si	
8.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
8.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
8.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
8.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
8.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
8.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input type="radio"/>	Falta de difusión de la información sobre el Programa
9.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	El Programa no aplica los recursos públicos de forma transparente
9.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Las personas beneficiarias del Programa no cumplen con sus obligaciones
9.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input type="radio"/>	No existe documentación comprobatoria del uso de los recursos públicos y de la entrega de las obras, apoyos o servicios
9.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
12.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
12.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con sus obligaciones?
12.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y/o servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
12.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Solicitó información sobre los beneficios recibidos?
12.6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias a presentar quejas/denuncias/alertas?
12.7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
12.8	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
13.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma los beneficios del Programa
13.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para exigir una mejor atención de los responsables del Programa
13.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
13.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Para solicitar una atención oportuna a quejas/denuncias
13.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Detectar y prevenir irregularidades
13.7	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	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="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Acceso a la información en tiempo y forma
15.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Respuesta y/o seguimiento a quejas/denuncias/alertas
15.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Comunicación con las personas responsables del Programa
15.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Informes de Contraloría Social (por ejemplo este)
15.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	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="radio"/> 1 | Iniciada   | <input type="radio"/> 4            | Terminada |
| <input type="radio"/> 2 | En proceso | <input type="radio"/> 5            | No sé     |
| <input type="radio"/> 3 | Suspendida | <input checked="" type="radio"/> 6 | No aplica |

17.- La obra pública se encuentra suspendida por:

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


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


19.- Comentarios u observaciones generales:

El personal con el que se cuenta es suficiente para la atención para el Refugio



**FIRMAS**

  
**María Guadalupe Monto 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 Ciudadana Atención a Quejas y Externos de la Comunicación para 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>Plataforma Ciudadana de la Comunicación (SIETI) <a href="https://sietec.funcionpublica.gob.mx/">https://sietec.funcionpublica.gob.mx/</a></p>	<p><b>VIA CORRESPONDENCIA</b></p> <p>Se atiende en la Dirección General de Atención a las Quejas y Denuncias de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, piso 2, Aia Norte, Ciudad de México, Álvaro Obregón, C.P. 06100, Ciudad de México</p> <p><b>VIA TELEFÓNICA</b></p> <p>línea de atención al ciudadano 099 94 33 790 o Ciudad de México 2090 2090</p>	<p><b>DE MANERA PRESENCIAL</b></p> <p>En el domicilio de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Ciudad de México, 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 considere pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico:  
[comitecontraloriasocial@funcionpublica.gob.mx](mailto:comitecontraloriasocial@funcionpublica.gob.mx)  
55 2090 2090 ext. 4154