



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 ⁴	Lugar ⁵
R-2021/034 Instituto Veracruzano de las Mujeres	034 Recursos Humanos 3	Xalapa, Ver.

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora para brindar al Comité de nombre Recursos Humanos 3 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 3

Descripción de la obra, servicio o apoyo:

Contratación de personal especializado en temas de Perspectiva de género, empoderamiento, derechos humanos de las mujeres etc. para brindar atención a las mujeres víctimas de violencia sus hijas e hijos.

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	

⁴ 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.

⁵ 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
juridicomontesdeoca_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: _____



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 3		10 /12/ 2021

Motivo de la reunión:

* Integración del Comité de Recursos Humanos 3
* Capatación

Lugar de la reunión:

Nombre de la Instancia Ejecutora: Refugio Estatal para Mujeres en situación de Violencia
Lugar de la reunión⁷: Xalapa, Ver Fecha: 10 / Dic / 2021
Tipo de reunión: Virtual Presencial

Descripción de la obra, apoyo o servicio:

Servicios de atención especializada que brindan los profesionistas, a las mujeres Víctimas de Violencia, sus hijas e hijos que se encuentran en proceso en el Refugio.

Programa de la reunión (Puntos a tratar):

Capatación de la Contraloría Social
Integración del comité de Recursos Humanos 3

Resultados de la reunión:

Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:

Ninguna

Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:

Ninguna

⁷ 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

Ninguna

Acuerdos:


Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Vigilar de manera responsable las acciones que lleva a cabo este 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	Ninguna	
Peticiones	Ninguna	

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


Marié Guadalupe Morán de Oca Torres fundicomantsdeora-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: Integración del comité de Recursos Humanos 3

Fecha: 10-Dic-2021

Nombre completo ⁶	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			
Mujer	M	21			X			

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

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 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

Lugar⁸: 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

3	1
DÍA	MES

20	21
AÑO	

 al

3	1
DÍA	MES

1	2
MES	AÑO

2	0	2	1
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 3</u>		<u>10/12/2021</u>	<u>/ /</u>

Indique el nombre de las personas beneficiarias que acordaron la constitución del Comité de Contraloría Social⁹

Nombre completo	Edad	Mujer	Hombre	Cargo dentro del Comité	Firma (iniciales)
<u>Mujer 1</u>	<u>21</u>			<u>Integrante</u>	

	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 realizó 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"/>	

⁸ 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.

⁹ 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 3

Nombre y dirección del lugar donde se recibió la obra, servicio o apoyo¹⁰

Nombre	Refugio Estatal para Mujeres en Situación de Violencia			
Calle y número:	Jose Maria Morelos #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

Revisar la ejecución de los programas de trabajo.

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

Maña del Rocío Villafuerte Mtz
Nombre completo

Encargada del Despacho de la Dir. Gral. del IVH direccion.ivh@gmail.com
Cargo y correo electrónico

Firma

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

¹⁰ 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 3		10-12/2021

Motivo de la reunión:

Segunda Reunión: Informa sobre las actividades de Vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 3

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:

Contratación de personal especializado en temas de Perspectivas de género, empoderamiento, derechos humanos de las mujeres etc. para brindar atención a las mujeres víctimas de violencia, sus hijos e hijas.

Programa de la reunión (Puntos a tratar):

Informar sobre las actividades de vigilancia a realizar por el comité de Recursos Humanos 3

Resultados de la reunión:

Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:

Ninguna

Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:

Ninguna

⁷ 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**

Ninguna

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	Ninguna
Peticiones	Ninguna

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


Maria Guadalupe Montes de Oca Torres juridicomontesdeoca_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 a realizar Fecha: 13-Dic-2021

Por el comité de Recursos Humanos 3

Nombre completo ⁶	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	21				X			

Maria Guadalupe Matus de las Torres juridicamentebona-zahatmail.com
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 3		15 /12/2021

Motivo de la reunión:

Tercera reunión de verificación y cumplimiento de los programas de trabajo elaborados por el personal contratado por el programa

Lugar de la reunión:

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

Lugar de la reunión?: Xalapa, Ver Fecha: 15/12/2021

Tipo de reunión: Virtual Presencial

Descripción de la obra, apoyo o servicio:

Servicios de atención especializado que brindan los profesionistas, a las mujeres víctimas de violencia sus hijos e hijas que se encuentran en el refugio.

Programa de la reunión (Puntos a tratar):

Verificación y cumplimiento de los programas de trabajo elaborados por el personal contratado 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

⁷ 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

Ninguna

Acuerdos:

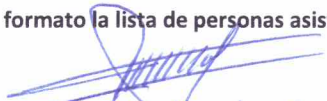
Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento
Continuar con las actividades que corresponden a este comité.	Mujer 1	31 / Dic / 2021

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	Ninguna
Peticiones	Ninguna.

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


María Guadalupe Márquez de Oca Torres juridicamontzadeoca-7@hotmail.com
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



BIENESTAR

INDESOL

INSTITUTO NACIONAL DE
DESVARROLLIO 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: Tercera reunión de Verificación y cumplimiento de los programas de los trabajos elaborados por el personal contratado por el programa Fecha: 15-Dic-2021

Nombre completo ⁶	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	21				X			

Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social Maria Guadalupe Montes de los Torres Indiomontes@ceca-3ahatmex.com

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 3		17 /12/2021

Motivo de la reunión:

4TA Reunión: Cierre del Comité de Recursos Humanos 3

Lugar de la reunión:

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

Lugar de la reunión?: Xalapa, Veracruz Fecha: 17/12/2021

Tipo de reunión: Virtual Presencial

Descripción de la obra, apoyo o servicio:

Servicios de atención especializada que brindan las profesionistas a las mujeres víctimas de violencia, sus hijas e hijos que se encuentran en el Refugio

Programa de la reunión (Puntos a tratar):

Cierre del comité de Recursos Humanos 3

Resultados de la reunión:

Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:

Se necesita una persona capacitada para traducir lengua indígena

Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:

Ninguna

⁷ 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	Ninguna
--------------------------------	---------

Acuerdos:


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

Nombre de las dependencias que asistieron a la reunión

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 juridicomontesdeoca-7@hotmail.com
 Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social



BIENESTAR

INDESOL

SECRETARÍA DE DESARROLLO Y ASISTENCIA SOCIAL

ANEXO IV
LISTA DE ASISTENCIA 2021

Nombre de la Instancia Ejecutora y folio: Instituto Veracruzano de los Mujeres Entidad Federativa: Veracruz
Nombre de la capacitación/reunión: Cuarto reunión Cierre de comité Fecha: 17 Dic 2021

Nombre completo ⁶	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	21				X				

Nombre completo, firma y correo electrónico de la persona Enlace de Contraloría Social
Maria Guadalupe Montes de la Torre Juridicamontes@ceca-7ahotmail.com

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 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: R-2021/034 Obra, apoyo o servicio vigilado: Recursos humanos

Periodo que comprende el Informe: Del DÍA 09 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: 089 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:

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 (SIDECC), 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 (SIDECC), 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 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 cumple 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 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	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 checked="" type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	No aplica
<input type="checkbox"/> 4	Problemas económicos		


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


19.- Comentarios u observaciones generales:

que estemos mas organizadas



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>EN LA WEB</p> <p>Plataforma Ciudadanos: Atención Interna y Externa de la Comisión para el Acceso a la Información Pública y el Mecanismo de Confidencialidad https://atencionciudadanos.funcionpublica.gob.mx/</p> <p>Denuncia Ciudadanos de la Función Pública (NCPD): https://sitioa.funcionpublica.gob.mx/#/</p>	<p>VIA CORRESPONDENCIA</p> <p>Gabinete de la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1733, Piso 2 Ala Norte, Cuauhtémoc Ins. Álvaro Obregón, C.P. 06020, Ciudad de México</p> <p>VIA TELEFÓNICA</p> <p>línea de la República 800 31 15 740 y Ciudad de México 2 916 2060</p>	<p>DE MANERA PRESENCIAL</p> <p>En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1733, Planta Baja Cuauhtémoc Ins., Álvaro Obregón, Código Postal 06020, 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
Tel: 2096 1040 ext. 3184