

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

Contraloría Social

Programa para el Adelanto, Bienestar e
Igualdad de las Mujeres

PROABIM

GUÍA OPERATIVA DE CONTRALORÍA SOCIAL

PROGRAMA PARA EL ADELANTO, BIENESTAR E IGUALDAD DE LAS MUJERES

EJERCICIO FISCAL 2023

Anexos



**ANEXO 1
PROGRAMA PARA EL ADELANTO, BIENESTAR E IGUALDAD DE LAS MUJERES
EJERCICIO FISCAL 2023**

ACTA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Fecha de Constitución
Domicilio donde se constituye el Comité:

Nombre del Comité de Contraloría Social
Clave de Registro

1) DATOS DE SERVICIO DEL PROGRAMA.

Servicio:	
Objetivo General:	
Domicilio: (calle, numero, colonia, Código postal)	
Localidad:	
Municipio:	
Estado:	
Monto del servicio:	
Duración del servicio	

2) FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Funciones:

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

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

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

Documentación que acredita la calidad de Beneficiario

- Ser usuaria registrada de las acciones que otorga en CDM

De conformidad a la elección de beneficiarios/as el Comité de Contraloría Social estará integrada por:

3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

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

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

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

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

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

“Certifico que se promovió la constitución de este comité de manera equitativa entre mujeres y hombres y la documentación acredita la calidad de las personas usuarias”.

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

Los integrantes del comité expresamos nuestra voluntad de llevar a cabo las acciones de contraloría social durante la vigencia del ejercicio 2023, para lo cual utilizaremos los instrumentos proporcionados por el Programa, por lo que solicitamos el registro oficial del comité en el Sistema Informático de Contraloría Social de la Secretaría de la Función Pública y asumimos el presente documento como escrito libre para solicitar el registro.

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL UNIDAD DE TRANSPARENCIA

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), con domicilio en Avenida Barranca del Muerto #209, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Qué datos personales recabamos y para qué fines?

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de registrar y dar atención a las solicitudes de acceso a la información, de derechos ARCOP (acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad), así como recursos de revisión que se presentan directamente en la Unidad de Transparencia del INMUJERES, ya sea vía telefónica, por correo electrónico y/o de forma presencial.

Para las finalidades antes señaladas se recaban los siguientes datos personales: nombre de solicitante o representante, documento con el que se acredite identidad del titular o representante en el caso de solicitudes de derechos ARCOP, así como domicilio, correo o teléfono para recibir notificaciones.

Fundamento para el tratamiento de datos personales.

El tratamiento de sus datos personales se realiza con fundamento en los artículos 61, fracción II y 147 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 85, fracción II y 94 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

¿Dónde puedo ejercer mis derechos ARCOP?

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o portabilidad de sus datos personales (derechos ARCOP) directamente ante la Unidad de Transparencia de este Instituto, ubicada en Avenida Barranca del Muerto #209, Piso 8, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) o en el correo electrónico jorivera@inmujeres.gob.mx.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al Telinai 01800835-43-24.

Transferencia de datos personales.

No se realizarán transferencias adicionales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Cambios al aviso de privacidad.

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento mediante nuestro portal de Internet: http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/proteccion_datos_personales.html

Año de actualización: 2023

**ANEXO 2
PROGRAMA PARA EL ADELANTO, BIENESTAR E IGUALDAD DE LAS MUJERES
EJERCICIO FISCAL 2023**

ACTA DE SUSTITUCIÓN DE INTEGRANTE(S) DEL COMITÉ:

Fecha de Sustitución
Domicilio donde se constituye el Comité:

Nombre del Comité de Contraloría Social
Clave de Registro

1) DATOS DEL SERVICIO DEL PROGRAMA.

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

2) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

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

3) INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL NUEVO

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

MOTIVO DE SUSTITUCIÓN:

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

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

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

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

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL UNIDAD DE TRANSPARENCIA

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), con domicilio en Avenida Barranca del Muerto #209, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Qué datos personales recabamos y para qué fines?

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de registrar y dar atención a las solicitudes de acceso a la información, de derechos ARCOP (acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad), así como recursos de revisión que se presentan directamente en la Unidad de Transparencia del INMUJERES, ya sea vía telefónica, por correo electrónico y/o de forma presencial.

Para las finalidades antes señaladas se recaban los siguientes datos personales: nombre de solicitante o representante, documento con el que se acredite identidad del titular o representante en el caso de solicitudes de derechos ARCOP, así como domicilio, correo o teléfono para recibir notificaciones.

Fundamento para el tratamiento de datos personales.

El tratamiento de sus datos personales se realiza con fundamento en los artículos 61, fracción II y 147 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 85, fracción II y 94 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

¿Dónde puedo ejercer mis derechos ARCOP?

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o portabilidad de sus datos personales (derechos ARCOP) directamente ante la Unidad de Transparencia de este Instituto, ubicada en Avenida Barranca del Muerto #209, Piso 8, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) o en el correo electrónico jorivera@inmujeres.gob.mx.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al Telinai 01800835-43-24.

Transferencia de datos personales.

No se realizarán transferencias adicionales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Cambios al aviso de privacidad.

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento mediante nuestro portal de Internet: http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/proteccion_datos_personales.html

Año de actualización: 2023

**ANEXO 3
PROGRAMA PARA EL ADELANTO, BIENESTAR E IGUALDAD DE LAS MUJERES
EJERCICIO FISCAL 2023**

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Tipo de reunión: Virtual _____ Presencial _____

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

1) FUNCIONARIOS QUE ASISTIERON:

Nombre del Funcionario	Cargo	Firma

2) BENEFICIARIOS QUE ASISTIERON:

Nombre del Beneficiario	Firma

3) COMITÉS QUE ASISTIERON:

Nombres de los Comités

(Incluir el nombre del comité)

INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE ASISTIERON:

Nombre del Integrante del Comité	Asistió	Firma

4) TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN:

(Describir los temas tratados en la reunión)

5) ACUERDOS

Descripción del Acuerdo	Responsable del Acuerdo	Fecha Compromiso

Firma

Servidor público responsable de la reunión:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL UNIDAD DE TRANSPARENCIA

El Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), con domicilio en Avenida Barranca del Muerto #209, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

¿Qué datos personales recabamos y para qué fines?

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de registrar y dar atención a las solicitudes de acceso a la información, de derechos ARCOP (acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad), así como recursos de revisión que se presentan directamente en la Unidad de Transparencia del INMUJERES, ya sea vía telefónica, por correo electrónico y/o de forma presencial.

Para las finalidades antes señaladas se recaban los siguientes datos personales: nombre de solicitante o representante, documento con el que se acredite identidad del titular o representante en el caso de solicitudes de derechos ARCOP, así como domicilio, correo o teléfono para recibir notificaciones.

Fundamento para el tratamiento de datos personales.

El tratamiento de sus datos personales se realiza con fundamento en los artículos 61, fracción II y 147 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 85, fracción II y 94 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

¿Dónde puedo ejercer mis derechos ARCOP?

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o portabilidad de sus datos personales (derechos ARCOP) directamente ante la Unidad de Transparencia de este Instituto, ubicada en Avenida Barranca del Muerto #209, Piso 8, Colonia San José Insurgentes, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03900, Ciudad de México, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) o en el correo electrónico jorivera@inmujeres.gob.mx.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al Telinai 01800835-43-24.

Transferencia de datos personales.

No se realizarán transferencias adicionales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

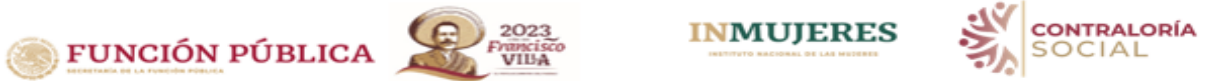
Cambios al aviso de privacidad.

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento mediante nuestro portal de Internet: http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/proteccion_datos_personales.html

Año de actualización: 2023

**ANEXO 4.
PROGRAMA PARA EL ADELANTO, BIENESTAR E IGUALDAD DE LAS MUJERES
EJERCICIO FISCAL 2023.**

INFORME DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL.



**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
(Nombre del Programa)
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRELLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social: _____
 Obra, apoyo o servicio vigilado: _____
 Período que comprende el Informe: Día: [][] MES: [][] AÑO: [][]
 Fecha de llenado del Informe: Día: [][] MES: [][] AÑO: [][]
 Clave de la Entidad Federativa: _____
 Clave del Municipio o Alcaldía: _____
 Clave de la Localidad: _____

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER RESPONDIDO DIRECTAMENTE POR EL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
 Instrucciones: En cada pregunta marque con una "X" la opción u opciones que correspondan a su opinión.

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

	Na	Sí	
1.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La Contraloría Social
1.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La caracterización y monto del beneficio otorgado
1.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La requirir para la entrega del beneficio del Programa
1.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La publicación a la que va dirigida el Programa
1.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La data de contacto de la responsable del Programa
1.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La derecho a y/o obligaciones de la persona beneficiaria
1.7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 La mecanismo/medios para presentar queja o denuncia

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

	Na	Sí	
2.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Clara
2.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Adecuada
2.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Útil
2.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Oportuna

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

	Na	Sí	No aplica	
3.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿Se le solicitó algún pago o equivalente para recibir el beneficio del Programa?
3.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿Le fue entregada completa el beneficio?
3.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿El beneficiario entregó de acuerdo a la fecha y en el lugar programado?
3.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿Le fue condicionada la entrega del beneficio a todos o a un candidato?
3.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿Este beneficio representó una mejora para su calidad de vida, su familia o para Urted?
3.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 En su opinión, ¿el beneficio le recibió la persona que lo necesitan?
3.7	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 ¿El Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

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

Na (para la pregunta 5) Sí

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

Especifique cuál: _____

5.- ¿Cuándo las siguientes acciones de atención a queja/denuncia/alerta?

	Na	Sí	
5.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Plataforma Ciudadana Alertador Interno y Externo de la Corrupción
5.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Sistema Integral de Denuncia Ciudadana (SIDECD)
5.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
5.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Mecanismo establecido por el Programa
5.5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Mecanismo de las Órganos Internos de Control
5.6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Mecanismo de las Órganos Estatales de Control

6.- ¿Urted, alguna persona beneficiaria u otro integrante del Comité, presentó una queja/denuncia/alerta sobre el Programa?

Na (Para la pregunta 6) Sí

7.- Señale el mecanismo u los mecanismos utilizados para presentar la queja/denuncia/alerta.

	Na	Sí	
7.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Plataforma Ciudadana Alertador Interno y Externo de la Corrupción
7.2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Sistema Integral de Denuncia Ciudadana (SIDECD)
7.3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
7.4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1 Mecanismo establecido por el Programa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanizar establecida por el Programa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanizar de las Órganos Internos de Control
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Mecanizar de las Órganos Estatales de Control

1.- ¿Se quejó/denunció/alerta fue atendida? No Sí

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

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

	No	Sí	
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Verificó el cumplimiento de la entrega del beneficio?
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló el uso correcto de los recursos del Programa?
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Vigiló que otras personas beneficiarias del Programa cumplieran con las requisitos y obligaciones?
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Participó en reuniones con otras personas beneficiarias y servidores públicos para tratar temas de Contraloría Social?
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó información sobre las beneficiarias recibidas?
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Orientó a las personas beneficiarias para presentar quejas/denuncias/alertas?
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se presentaron propuestas para mejorar el Programa?
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se capacitó para realizar sus actividades de Contraloría Social?

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

	No	Sí	
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para mejorar el funcionamiento del Programa
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para lograr que se reciban en tiempo y forma las beneficiarias del Programa
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para exigir una mejor atención de las responsables del Programa
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para que las personas beneficiarias del Programa puedan conocer sus derechos y las obligaciones
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Para solicitar atención oportuna a quejas/denuncias
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Detectar y prevenir irregularidades
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Como le encontró utilidad

5.- Según su experiencia, ¿en qué aspecto de mejora las siguientes en el proceso de la Contraloría Social?

	No	Sí	
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Conformación de Comité de Contraloría Social
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Capacitación y asesoría preparatoria para las responsables del Programa
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mediar para dar a conocer la información referente a la Contraloría Social
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanizar para el seguimiento de las beneficiarias entregadas
5	Otra:		

6.- El beneficio del Programa se encuentra (seleccione sólo una respuesta):

<input checked="" type="checkbox"/>	1	Iniciada	<input type="checkbox"/>	5	Terminada o entregada
<input type="checkbox"/>	2	En proceso	<input type="checkbox"/>	6	Cancelada
<input type="checkbox"/>	3	Suspendida	<input type="checkbox"/>	7	Notó

7.- En caso de que el beneficio del Programa se encuentra suspendido o cancelado indique el motivo:

<input type="checkbox"/>	1	Fenómeno natural	<input type="checkbox"/>	5	Contingencia sanitaria
<input type="checkbox"/>	2	Conflictos raciales	<input type="checkbox"/>	6	Notó
<input type="checkbox"/>	3	Cuestiones de inseguridad	<input type="checkbox"/>	7	No aplica
<input type="checkbox"/>	4	Problemas económicos	<input type="checkbox"/>	8	Incumplimiento de requisitos

8.- El Órgano Estatal de Control realizó alguna de las siguientes actividades con el Comité:

	No	Sí	No sé	
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistió a la constitución del Comité
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparación capacitación
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparación material de difusión
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyó en la recopilación del Informe del Comité
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recopilación y atención de quejas y denuncias

FIRMAS		
Nombre y firma de la persona servidora pública que recibe este Informe		Nombre y firma de la persona integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este Informe
<p style="text-align: center;">EN LINEA</p> <p>Plataforma Ciudadana Alertadores Internos y Encuesta de la Corrupción para zonas grises de corrupción basada en criterios de confiabilidad https://alertadores.funpionpublica.gub.mx/</p> <p style="text-align: center;">Dirección Ciudadana de la Corrupción [SIDEC] https://funcion.funpionpublica.gub.mx/SIDC/</p>	<p>VÍA CORRESPONDENCIA</p> <p>Envíe a la correo a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 5 5ta. Planta, Guadalupe Inn, Alzara Obreros, C.P. 06020, Ciudad de México.</p> <p>VÍA TELEFÓNICA</p> <p>Teléfono de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 55 2888 2888</p>	<p style="text-align: center;">DE HABER PRESERVA</p> <p>En el número 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Alzara Obreros, Código Postal 06020, Ciudad de México.</p>
Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles		
<p style="font-size: small;">Las Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas pueden recibir información que suscitara presuntos a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: contraloriasocial@funcionpublica.gub.mx</p>		