

**Anexo 2****Acta de Asamblea****I. Datos de identificación del Programa Federal**

Nombre oficial del Programa

Ejercicio fiscal

**II. Datos generales del comité de Contraloría Social**Nombre del Comité de Contraloría  
SocialNúmero de registro  
(emitido por el SICs)Fecha de  
constituciónCircunscripción (municipio o delegación de la Ciudad de  
México a la que representa el comité)**Datos de identificación de las personas integrantes del comité de Contraloría Social**

Nombre y dirección de los contralores sociales (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Sexo (M/H)	Edad	Cargo	Firma o Huella Digital

(Adjuntar la lista con nombre y firma de las personas integrantes y asistentes a la  
constitución del comité)**III. Datos y descripción del Centro para el Desarrollo de las Mujeres**

Ubicación o Dirección: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Monto del apoyo o servicio: \_\_\_\_\_ Duración del proyecto: \_\_\_\_\_

**IV. Funciones, instrumentos y compromisos que realizará el comité de Contraloría Social****Funciones e instrumentos:****Compromisos:****Nombre de las usuarias del CDM que acordaron la constitución del comité de Contraloría Social**

**\* Este anexo se considerará como solicitud de registro, por lo tanto, no se requerirá elaborar un escrito libre adicional.**

*"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".*

---

**Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF**

**Mobiliario y equipo de los Centros para el Desarrollo de las Mujeres**

**El comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca.**

**I.- Datos generales:**

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**II. Recursos y características:**

Indique el número total de bienes y marque con una X para señalar el estado en que se encuentran el equipo y mobiliario con el que cuenta el CDM, siendo: E= excelente, B= bueno, R= regular y M=malo.

**Mobiliario:**

<u>Tipo</u>	<u>Total</u>	<u>Estado físico</u>		
Escritorio(s)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Mesa(s) de trabajo	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Sillas (ejecutivas o secretariales)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Sillas (de visita, plegables)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Archiveros	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Otro: _____	( )	(E)	(B)	(R) (M)

**Equipo:**

<u>Tipo</u>	<u>Total</u>	<u>Estado físico</u>		
Computadora(s) de escritorio	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Computadora(s) tipo Laptop	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Videoprojector(es)	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Multifuncional	( )	(E)	(B)	(R) (M)
Otro: _____	( )	(E)	(B)	(R) (M)

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Cargo y firma de la persona designada como enlace por la IMEF**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del (la) integrante del Comité**

**Quejas y denuncias****I. Datos generales de quien presenta la denuncia**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Pertenece a algún comité de contraloría social  Si  No

**II. Datos de la queja o denuncia**

a) ¿Dónde ocurrieron los hechos?

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

b) Fecha de los hechos:

Día

Mes

Año

c) ¿Cuáles fueron los hechos?

Explique con el mayor detalle posible el motivo de la queja o denuncia:

e) ¿A quién denuncia?

Servidora o servidor público  Otro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dependencia de gobierno, institución u organización a la que pertenece: \_\_\_\_\_

Presenta pruebas:  Si  No

En caso afirmativo, descríbalas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Deberá anexar todo documento y/o información que recopile como prueba de su queja o denuncia, que servirá para demostrar la irregularidad presentada.

---

***Nombre y firma o huella digital de la  
persona solicitante de información***

---

***Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF***

**Secretaría de la Función Pública:**

Página electrónica:  
<http://www.gob.mx/sfp>

**Órgano Interno de Control en el Inmujeres:**

Teléfono: 53226030 ext. 8000,  
[contraloriainterna@inmujeres.gob.mx](mailto:contraloriainterna@inmujeres.gob.mx)

**Acta de sustitución de una integrante del comité de Contraloría Social**

**I. Datos generales del comité de Contraloría Social**

Nombre del Comité de Contraloría Social      Número de registro      Fecha de registro

--	--	--

**II. Datos y descripción del Centro para el Desarrollo de las Mujeres**

Instalación del CDM\*:

Fortalecimiento del CDM\*:

Ubicación o

Dirección:

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Monto de la

obra: \_\_\_\_\_

\*Elegir un tipo de proyecto y describir brevemente el tipo de equipo, de mobiliario con el que cuenta, el personal de atención, así como los servicios que brinda

**Nombre de la persona integrante actual del comité de Contraloría Social a sustituir**

Nombre de la persona integrante del comité de Contraloría Social (Calle, Número, Localidad, Municipio)	En su caso firma o huella digital

**Situación por la cual pierde la calidad de integrante del comité de Contraloría Social**

Muerte del integrante	Acuerdo de la mayoría de las usuarias del CDM (se anexa listado)
Separación voluntaria, mediante escrito libre a las personas integrantes del comité (se anexa el escrito)	Otra. Especifique
Acuerdo del comité por mayoría de votos (se anexa listado)	

**Nombre de la nueva persona integrante del comité de Contraloría Social**

Nombre de la persona integrante del comité de Contraloría Social (Calle, Número, Localidad, Municipio)	Firma o Huella Digital

(Adjuntar la lista con nombre y firma de las personas integrantes y asistentes a la sustitución)

---

**Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF**

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

## Anexo 6

## Minuta de reunión

MAM<sup>1</sup> y comité de Contraloría Social que se reúnen

MAM	Comité de Contraloría Social

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
IMEF que ejecuta el programa: \_\_\_\_\_  
Nombre del Programa: \_\_\_\_\_  
Tipo de servicio: \_\_\_\_\_

Descripción del servicio:

Describir brevemente el tipo de equipo, de mobiliario con el que cuenta, el personal de atención, así como los servicios que brinda

**Objetivo de la reunión:****Programa de la reunión.****Resultados de la reunión**

<sup>1</sup> Los *Mecanismos para el adelanto de las mujeres* (MAM), en el marco del PFTPG, son las IMEF, las IMM y las unidades administrativas u homólogas a las IMM en las delegaciones de la Ciudad de México. Los MAM son los organismos centrales de coordinación de políticas de los gobiernos. Su tarea principal es apoyar en la incorporación de la perspectiva de género en todas las esferas de política y en todos los órdenes de gobierno.



1. Necesidades expresadas por las personas integrantes del comité.

--

2. Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del comité.

--

3. Denuncias, quejas y peticiones que presenta el comité.

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

### Acuerdos y compromisos

Actividades	Fecha	Responsable	Observaciones

### Asistentes a la reunión

MAM/Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma
Enlace estatal				
Comité de Contraloría Social				
Usuaría				

## Solicitud de información

**Responsable del llenado:**  
**(Integrante del comité de Contraloría Social o usuaria del CDM)**

## I. Datos generales

Nombre:	_____
Dirección:	_____
Estado:	_____ Municipio: _____
Localidad:	_____
El CDM brinda:	<input type="checkbox"/> Servicios
Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género	
Operado por el Instituto Nacional de las Mujeres	
Nombre de la IMEF:	
_____	

## II. Si usted es integrante del comité de Contraloría Social, escriba los siguientes datos:

Nombre del comité de Contraloría Social	Número de registro	Fecha de registro
_____	_____	_____

## III. Escriba la pregunta o los puntos de información que solicita sobre el Programa o en su caso el CDM.

_____
-------


- IV. Conserve una copia de esta solicitud de información y entregue la original a la persona designada como enlace por la IMEF. Solicite firma y fecha en la copia, de ser posible que se coloque el sello de la instancia ejecutora.
- V. Verifique la fecha probable de la respuesta a la solicitud


---

***Nombre y firma o huella digital de la  
persona solicitante de información***

---

***Nombre, Cargo y firma de la persona  
designada como enlace por la IMEF***

**FUNCIÓN PÚBLICA**  
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA

**2019**  
DESCARTE

LOGOTIPO DE LA INSTITUCIÓN

**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  
(Agregar el nombre del Programa)

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE LLENADA POR EL PROGRAMA**

Clave de registro del Comité de Contraloría Social en el SICB: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obra, apoyo o servicio vigilado: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado del Informe: 

DÍA	MES	AÑO

Periodo que comprende el Informe: Del 

DÍA	MES	AÑO

 Al 

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**

Beneficio: Se refiere a las obras, apoyos o servicios que proporcionan los programas a los beneficiarios.  
Instrucciones: En cada pregunta marque con una X la opción u opciones que correspondan a su opinión

1. ¿Los beneficiarios y Usted recibieron información sobre el funcionamiento del Programa y la Contraloría Social?

1 No                       2 Sí                       3 No sé

2. Para llevar a cabo las acciones de vigilancia ¿Solicitaron a los representantes del programa la información necesaria del Programa y de la Contraloría Social?

1 Sí y ya nos las proporcionaron                       3 No la hemos solicitado  
 2 Sí y no nos las han proporcionado                       4 No sé

3. Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa

3.1 ¿Les entregaron completo el beneficio o terminada la obra? 

1	2	3
No	Sí	No sé

3.2 ¿El beneficio se ha entregado de acuerdo a las fechas y lugares programados? 

1	2	3
No	Sí	No sé

3.3 ¿Le condicionaron la entrega del beneficio? 

1	2	3
No	Sí	No sé

3.4 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted? 

1	2	3
No	Sí	No sé

3.5 ¿El beneficio lo reciben las personas que lo necesitan? 

1	2	3
No	Sí	No sé

4. De acuerdo a lo que Usted observó considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?

1 No                       2 Sí                       3 No sé

5. ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?

1 No (pase a la pregunta 6)                       2 Sí                       3 No sé (pase a la pregunta 6)

6.1 Señale el o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia

1	2	3	4
Buzón móvil o fijo	Teléfono	Correo electrónico	Personal responsable de la ejecución del Programa

5	6	7	8	9
Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)	Aplicación móvil (Denuncia la Corrupción)	Órgano Estatal de Control (Contraloría del Estado)	No sé	

6.2 En caso de haber presentado una o más denuncias, escriba en la línea el folio o folios asignados, separados por comas. \_\_\_\_\_

Si recibiste una denuncia y no la has presentado, envía adjunto al presente formato toda la información y documentación con la que cuentes.  
Si recibieron respuesta de la (s) denuncia (s), favor de adjuntarla (s) al presente informe.

8. ¿Existió equidad de género para la integración del Comité?

1 No                       2 Sí                       3 No aplica                       4 No sé

7. ¿Considera que recibieron la información necesaria para realizar sus actividades como Comité de Contraloría Social?

1 No                       2 Sí                       3 No sé

8. Como Comité de Contraloría Social ¿Qué actividades realizaron?

8.1 Verificamos el cumplimiento de la entrega del beneficio 

1	2	3	4
No	Sí	No sé	

8.2 Vigilamos el uso correcto de los recursos del Programa: obra, servicio o apoyo 

1	2	3	4
No	Sí	No sé	

8.3 Informamos a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa 

1	2	3	4
No	Sí	No sé	

8.4 Verificamos que los beneficios se entregaran a tiempo 

1	2	3	4
No	Sí	No sé	

**ADemás DE LAS SECCIONES ANTERIORES PARA LOS CASOS EN QUE EL BENEFICIO QUE OTORGA EL PROGRAMA SEA UNA OBRA PÚBLICA, RESPONDA LA SIGUIENTE SECCIÓN:**

9. Considera que la obra pública se encuentra:

1 No iniciada                       4 Terminada  
 2 En proceso                       5 No sé  
 3 Suspendida

9.1 ¿La obra pública se encuentra suspendida por?

1 Fenómenos naturales                       3 Medidas de seguridad                       5 No sé  
 2 Conflicto social                       4 Conflicto ecológico                       6 Otros

**Firmas**

Nombre y firma del (la) servidor(a) público (a) que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité de Contraloría Social que entrega este informe

Página 1