



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INDESOL

INSTITUTO NACIONAL DE
DESARROLLO SOCIAL



CONTRALORÍA
SOCIAL

Anexos de la Guía Operativa de Contraloría Social PAIMEF 2021

**ANEXO 1
PROGRAMA ESTATAL DE TRABAJO DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021 (PETCS)**

Nombre de la Instancia Ejecutora (IMEF) _____ **Entidad Federativa:** _____

Tipo de actividad	Actividad	Responsable	Unidad de medida	Meta programada	Período programado (dd/mm/aaaa)		Período real de ejecución (dd/mm/aaaa)		Meta alcanzada
					Fecha inicial	Fecha final	Fecha inicial	Fecha final	
Planeación	Designación de la persona enlace de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Selección de acciones a vigilar por la Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Elaboración del Programa Estatal de Trabajo de Contraloría (PETCS)	Nombre de la Instancia Ejecutora							
Promoción	Capacitación a personas servidoras públicas que participarán en la ejecución de las acciones de la Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Capacitación a las personas beneficiarias e integrantes de Comités de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Distribución de materiales de difusión para la integración de los Comités de Contraloría Social del PAIMEF	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Distribución de material de capacitación de Contraloría Social del PAIMEF	Nombre de la Instancia Ejecutora							
Seguimiento (Actividades establecidas por la SFP en el SICS)	Captura en el SICS del PETCS	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Registro en el SICS de la información de Obras, Servicios y Apoyos programados y ejecutados con presupuesto federal autorizado	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura en el SICS de los Comités de Contraloría Social constituidos	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura de las reuniones realizadas con las personas beneficiarias del Programa	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura en el SICS del Informe de Comité de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Enviar a la SFP y OIC sobre las quejas o denuncias que se llegarán a presentar. a las autoridades competentes	Nombre de la Instancia Ejecutora							

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

Nombre completo, cargo y firma de la persona responsable del Programa; o en su caso, persona responsable inmediata superior

**ANEXO 2
FORMATO PARA SELECCIÓN DE ACCIONES A VIGILAR POR LA CONTRALORÍA SOCIAL 2021**

Nombre de la Instancia Ejecutora (IMEF): _____ Presupuesto total a vigilar por Contraloría Social: _____

Entidad Federativa: _____ Número de Comités a conformar¹: _____

Número del Servicio (Acción) ²		Nombre del Servicio (Acción) ³			
¿Cómo se realizará la acción? (número de actividades, número de sesiones, duración de cada sesión)					
Municipios y localidades de ejecución⁴					
Monto asignado a la acción (\$)	\$	Duración de la acción		Obra, Servicio o Apoyo	
Cantidad estimada de mujeres beneficiadas		Cantidad estimada de hombres beneficiados		Cantidad total estimada de personas beneficiadas	
Pertinencia (describa las características de la población beneficiaria)					

¹ El número es asignado a través del *Tabulador de Comités a constituir por las Instancias Ejecutoras de acuerdo al monto a vigilar, establecido en la Guía Operativa de Contraloría Social 2021, numeral 5. Tareas de las Instancias Ejecutoras, inciso h, Número de Comités a conformar por cada Instancia Ejecutora.*

² Vertiente, Línea de acción y número consecutivo de la acción a vigilar.

³ Nombre de la acción a vigilar, de acuerdo a lo establecido en la Guía Operativa, en el numeral 5, inciso h, apartado 1 correspondiente a la *Nomenclatura de las acciones seleccionadas a vigilar y registro en el SICS.*

⁴ En una lista con viñetas colocar el nombre del municipio y nombre de las localidades.

Número del Servicio (Acción)	Monto asignado a la Acción (\$)	Número de Comités a conformar
	\$	
	\$	
	\$	
Total		

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

**Nombre completo y firma de la persona
Responsable del Programa; o en su caso,
persona responsable inmediata superior**

**ANEXO 3
FICHA INFORMATIVA DE OBRAS, APOYOS Y SERVICIOS DEL PAIMEF 2021**

Nombre de la Instancia Ejecutora (IMEF)	Clave del Comité	Municipio y localidad

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

El tipo de beneficio a recibir es:

- Obra
 Servicio de prevención
 Servicio de orientación
 Servicio de atención
 Apoyo

Nombre de la obra, servicio o apoyo:

Descripción de la obra, servicio o apoyo:

La obra, servicio o apoyo será proporcionado por:

1	Instancia estatal de la mujer (Nombre de la IMEF)	2	Organización de la Sociedad Civil (Nombre)
3	Instancia Municipal de las Mujeres (Nombre)	4	Otro (Especifique)

Las personas servidoras públicas responsables de realizar estas actividades son:

Nombre completo	Teléfono

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

Nombre completo y 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 4
LISTA DE ASISTENCIA 2021**

Nombre de la Instancia Ejecutora (IMEF): _____

Entidad Federativa: _____

Nombre de la capacitación/reunión _____

Fecha: _____

Nombre completo ⁵	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
			Funcionario Público (apoyo CS)	Funcionario Público Estatal-Federal	Funcionario Público Municipal	Otra figura	Otro Organismo	Persona beneficiaria	Persona integrante de Comité			

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

⁵ 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 5
MINUTA DE LA REUNIÓN 2021****Nombre oficial del Programa: Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF)****Modalidad de la reunión
(virtual o presencial)**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
		/ /

**Motivo de la
reunión:****Lugar de la
reunión:**

Nombre de la Instancia Ejecutora: _____

Estado: _____ **Municipio:** _____

Localidad: _____ **Fecha:** _____

**Descripción de
la obra, apoyo o
servicio:****Programa de la
reunión
(Puntos a tratar):****Resultados de la reunión:****Necesidades
expresadas por
las personas
integrantes del
Comité:**

Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:

Comentarios adicionales

Acuerdos:

Descripción de los acuerdos	Nombre de la persona responsable de dar seguimiento	Fecha de cumplimiento

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 4).

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

ANEXO 6
FORMATO FUSIONADO PARA EL REGISTRO DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021
(Escrito libre / Acta de Constitución de comité)

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

Nombre oficial del Programa: Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF)

Estado: _____

Municipio: _____ Localidad: _____

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 al
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Monto del servicio o apoyo que vigila: \$ _____

II. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de constitución del Comité	Fecha de registro
		/ /	/ /

Indique el nombre de las personas beneficiarias que acordaron la constitución del Comité de Contraloría Social⁶

Nombre completo	Edad	Mujer	Hombre	Cargo dentro del Comité	Firma

	Si	No
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizó por mayoría de votos?		
¿En la elección de las personas integrantes de los Comités se promovió la integración de manera equitativa entre mujeres y hombres?		
Las personas integrantes del Comité asumen esta acta de registro como escrito libre para solicitar su registro ante el PAIMEF, con fundamento en el artículo 70 de la Ley General de Desarrollo Social		

III. INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS BRINDADOS CON RECURSO DEL PAIMEF

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.

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

--

Nombre y dirección del lugar donde se recibió la obra, servicio o apoyo (en caso de las unidades de protección y alojamiento, se incorporará la información del centro de atención próximo)

Nombre				
Calle y número:		Colonia:		C.P.:
Municipio, Estado		Localidad:		

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

Funciones:	Solicitar la información pública relacionada con la operación del PAIMEF.	
	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 PAIMEF 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 PAIMEF no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos al objeto del Programa.	
	Vigilar que el PAIMEF no sea aplicado afectando la igualdad entre mujeres y hombres.	
	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 PAIMEF.	
	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:

--

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

Nombre completo	Cargo y correo electrónico	Firma

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

ANEXO 7
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE PERSONA INTEGRANTE DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021
I. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre del Comité	Clave de registro	Fecha de registro
		/ /

II. DATOS DE LA OBRA, SERVICIO O APOYOS DEL PROGRAMA

Nombre y descripción de la obra, servicio o apoyo que se recibe:		
Calle y número: _____		
Municipio _____	Estado _____	Monto del servicio \$ _____

III. NOMBRE DE LA PERSONA INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Nombres de la persona integrante del Comité y (calle, número y municipio)	En su caso, firma o huella digital

IV. SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Muerte de la persona integrante	Acuerdo de la mayoría de las personas beneficiarias del Programa (se anexa listado)
Separación voluntaria, mediante escrito libre a los miembros del Comité (se anexa el escrito)	Pérdida del carácter de persona beneficiaria del Programa
Acuerdo del Comité por mayoría de votos (se anexa listado)	Otra. Especifique: _____

V. NOMBRE DE LA NUEVA PERSONA INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE A LA PERSONA ANTERIOR

Nombres de la nueva persona integrante del Comité (calle, número y municipio)	En su caso, firma o huella digital

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

Nombre completo y firma de la nueva persona integrante del Comité

1. Se anexa esta acta de sustitución a lo siguiente: registro original del Comité de Contraloría Social y nuevo registro.
2. Adjuntar la lista de asistencia (Anexo 4) de las personas integrantes y asistentes a la sustitución del integrante del Comité.

ANEXO 8 INFORME DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas, PAIMEF
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PRE-LLENADA POR EL PROGRAMA

Clave de registro del Comité de Contraloría Social:

Obra, apoyo o servicio vigilado:

Periodo que comprende el Informe:	Del <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small>	Fecha de llenado del Informe:	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>
	Al <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DÍA MES AÑO</small>	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:

	No	Sí			No	Sí	
1.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	La Contraloría Social	1.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los datos de Contacto de los responsables del Programa
1.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los Objetivos del Programa	1.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Los derechos y/u obligaciones de las personas beneficiarias
1.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Las características y montos del beneficio otorgado	1.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos/medios para presentar quejas/denuncias

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

	No	Sí			No	Sí	
2.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Clara	2.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Útil
2.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Adecuada	2.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oportuna

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

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

 Especifique cuál: _____

5.- ¿Considera que el Programa fue o es utilizado con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?
 No Sí
6.- ¿Conoce los siguientes mecanismos de atención a quejas/denuncias/alertas?

	No	Sí	
6.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
6.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)
6.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
6.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
6.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
6.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 (Fase a la pregunta 1!) Sí

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	Sí	
8.1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción
8.2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECC)
8.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aplicación móvil (Denuncia Ciudadana de la Corrupción)
8.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos establecidos por el Programa
8.5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mecanismos de los Órganos Internos de Control
8.6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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

1	Iniciada	4	Terminada
2	En proceso	5	No sé
3	Suspendida	6	No aplica

17.- La obra pública se encuentra suspendida por:

1	Fenómenos naturales	5	Contingencia sanitaria
2	Conflicto social	6	No sé
3	Medidas de seguridad	7	No aplica
4	Problemas económicos		

18.- ¿La obra es útil para su comunidad? 0 No 1 Sí

19.- Comentarios u observaciones generales:

FIRMAS

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 Plataforma Ciudadanos Alertadores Internos y Externos de la Corrupción para casos graves de corrupción o cuando se requiera de confidencialidad https://alertadores.funcionpublica.gob.mx/ Denuncia Ciudadana de la Corrupción (SIDECC): https://sidecc.funcionpublica.gob.mx/?</p>	<p>VÍA CORRESPONDENCIA Envía tu escrito a la Dirección General de Denuncias e Investigaciones de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur No. 1735, Piso 2 Ala Norte, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, C.P. 01020, Ciudad de México. VÍA TELEFÓNICA Interior de la República 800 11 28 700 y Ciudad de México 2000 2000</p>	<p>DE MANERA PRESENCIAL En el módulo 3 de la Secretaría de la Función Pública, ubicado en Av. Insurgentes Sur 1735, Planta Baja, Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Código Postal 01020, Ciudad de México.</p>
--	--	---

Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles


Los Comités de Contraloría Social y personas servidoras públicas podrán remitir información que considere pertinente a la Coordinación de Vinculación con Organizaciones Sociales y Civiles a través del correo electrónico: contralorizocial@funcionpublica.gob.mx 55 2000 3000 ext. 3348

ANEXO 9
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES (VERTIENTE B) 2021



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INDESOL
INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES (VERTIENTE B)

Acción:

Folio:

Estado:

I. Datos de Identificación

Día	Mes	Año	
-----	-----	-----	--

Sexo

Mujer
 Hombre

Escolaridad

Ninguna
 Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Licenciatura

Ocupación

Especialidad
 Maestría
 Doctorado
 Otra, ¿cuál?

Campesina(o)
 Empleado(o)/Obrera(o)
 Estudiante
 Ama(o) de casa
 Otra, ¿cuál?

Edad:

II. Valoración global de la actividad

1. Señale cuáles fueron las actividades a las que asistió:

Cursos
 Talleres
 Encuentros
 Foros

Congresos
 Actividades culturales
 Actividades lúdicas
 Conferencias

Cine-debates
 Pláticas
 Obra de teatro
 Convención

Otra, favor de especificar:

2. Marque la opción que responde al enunciado de acuerdo a su opinión.

a) Las actividades fueron:
 Excelentes Buenas Regulares Deficientes

b) La duración de las actividades fue:
 Excelente Buena Regular Insuficiente

c) ¿Contaba con conocimiento previo sobre el tema que se abordó?
 Sí No

d) La información que se abordó es:
 De gran utilidad De utilidad Poco útil Nada útil

e) El desarrollo de las actividades fue: (Puede señalar más de una opción)
 Dinámico Interesante Poco dinámico Repetitivo
 Aburrido Novedoso Otro:

f) ¿Durante las actividades se propició el ambiente y confianza para expresar puntos de vista y dudas?
 Totalmente Pocas ocasiones No fue posible participar

g) El espacio físico en que se brindaron las actividades fue:
 Muy adecuado Adecuado Poco adecuado Inadecuado

h) ¿Continuaría asistiendo a este tipo de actividades?
 Sí No

¿Por qué?

3. ¿Por qué medio se enteró de estas actividades? (Puede señalar más de una opción)

Radio Televisión Internet Medios impresos Trípticos y/o volantes
 Personal de atención Recomendación de una persona conocida Otro:

4. ¿Fue forzada(o) a asistir a las actividades?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, por favor describa la situación:

5. ¿Le requirieron algún pago o cuota para asistir a las actividades?

Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, por favor describa la situación:




6. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mejorar los servicios?

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

Folio:

PROGRAMA DE APOYO A LAS INSTANCIAS DE MUJERES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, PAIMEF
 Datos de Contacto: Instituto Nacional de Desarrollo Social, Indesol
 2ª Cerrada de Belisario Domínguez No. 40, Col. Del Carmen, Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México.
 Teléfono: 800 718 8621 y 800 718 8624 Correo: contactopaimef@indesol.gob.mx

ANEXO 10
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIA SOBRE LAS ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES (VERTIENTE C) 2021

 BIENESTAR <small>SECRETARÍA DE BIENESTAR</small>		 INDESOL <small>INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO SOCIAL</small>		 CONTRALORÍA SOCIAL											
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIA SOBRE LAS ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES (VERTIENTE C)															
Acción: <input type="text"/>		Estado: <input type="text"/>													
Folio: <input type="text"/>															
I. Datos de Identificación															
Edad: <input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Día</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Escolaridad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Ocupación <input type="radio"/> Especialidad <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Otra: <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="radio"/> Campesina <input type="radio"/> Empleada/Obrera <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Otra, ¿cuál? <input type="text"/> </td> <td></td> </tr> </table>		Escolaridad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura	Ocupación <input type="radio"/> Especialidad <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Otra: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Campesina <input type="radio"/> Empleada/Obrera <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Otra, ¿cuál? <input type="text"/>	
Día	Mes	Año													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
Escolaridad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura	Ocupación <input type="radio"/> Especialidad <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Otra: <input type="text"/>														
<input type="radio"/> Campesina <input type="radio"/> Empleada/Obrera <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Otra, ¿cuál? <input type="text"/>															
II. Valoración global de la actividad															
1. Señale las áreas donde recibe servicios															
<input type="radio"/> Trabajo Social <input type="radio"/> Psicología		<input type="radio"/> Jurídica <input type="radio"/> Médica		<input type="radio"/> Otra(s), ¿cuál(es)? <input type="text"/>											
2. Señale el(los) servicio(s) que recibe															
Prevención <input type="radio"/> Difusión y promoción (información básica sobre las violencias contra las mujeres, derechos humanos y alternativas institucionales de atención) <input type="radio"/> Formación y sensibilización (Cursos, pláticas, foros, etc.)		Orientación y Atención <input type="radio"/> Canalización a otros servicios e instituciones <input type="radio"/> Asesoría y atención jurídica <input type="radio"/> Representación jurídica <input type="radio"/> Atención psicológica <input type="radio"/> Gestoría de servicios sociales <input type="radio"/> Capacitación para el trabajo <input type="radio"/> Otras actividades, ¿Cuáles? <input type="text"/>													
3. Indique la frecuencia con la que asiste a esta unidad															
<input type="radio"/> Es la primera vez <input type="radio"/> Mensualmente		<input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Semanalmente		<input type="radio"/> Otra, ¿cuál? <input type="text"/>											
4. Marque la opción que responde al enunciado de acuerdo a su opinión.															
a) La ubicación de la unidad de atención a la que asisto, respecto a mi domicilio se encuentra:															
<input type="radio"/> Muy cerca <input type="radio"/> Cerca <input type="radio"/> Ni cerca ni lejos <input type="radio"/> Lejos <input type="radio"/> Muy lejos															
b) ¿La unidad se encuentra en una zona de fácil acceso?															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No															
c) La unidad cuenta con personal de vigilancia.															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No															
d) Las condiciones físicas del inmueble son:															
<input type="radio"/> Excelentes <input type="radio"/> Buenas <input type="radio"/> Regulares <input type="radio"/> Malas															
e) El mobiliario y equipo con que cuenta el inmueble es:															
<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Bueno <input type="radio"/> Regular <input type="radio"/> Malo															
f) Me trataron con amabilidad															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
g) Me trataron con respeto															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
h) Me trataron con calidez															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
i) Me atendieron rápido															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
j) Mis dudas fueron resueltas															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
k) Mostraron interés en mi situación															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
l) Me sentí escuchada															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
m) Me ofrecieron soluciones															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
n) Recomendaría estos servicios															
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Regular															
5. ¿Cuáles son sus recomendaciones para mejorar los servicios e instalaciones del Inmueble?															
CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN Folio: <input type="text"/>															
PROGRAMA DE APOYO A LAS INSTANCIAS DE MUJERES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, PAIMEF Datos de Contacto: Instituto Nacional de Desarrollo Social, Indesol 2ª Cerrada de Belisario Domínguez No. 40, Col. Del Carmen, Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México. Teléfono: 800 718 8621 y 800 718 8624 Correo: contactopaimef@indesol.gob.mx															

ANEXO II
FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS 2021

FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS 2021

Estado _____	Fecha de recepción						
Fecha en que fue turnada _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td align="center">Día</td> <td align="center">Mes</td> <td align="center">Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					
Nombre de la instancia a la que fue turnada _____							
Nombre del Comité que manifiesta la irregularidad, queja y/o denuncia _____							

Datos de la persona denunciante

Si la denuncia se presenta de manera anónima favor de escribir teléfono(s) y correo electrónico

Nombre (s) _____	Apellido paterno _____	Apellido materno _____
Sexo (M) _____ (H) _____	Edad _____	Escolaridad _____
Teléfono(s) _____		Correo electrónico _____
Ocupación _____		

Datos de la denuncia

¿Contra quién presentas tu denuncia?

Nombre(s) _____	Sexo (M) _____ (H) _____
Puesto _____	Dependencia _____

Programa al que pertenece Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF)

Señas particulares de la persona servidora pública denunciada:

Motivo de la denuncia

¿De qué obra, servicio o apoyo recibido surgió la irregularidad

Para **servicios** indique el motivo de la denuncia

Para apoyos indique el motivo de la denuncia

<input type="checkbox"/> Mala atención	<input type="checkbox"/> El servicio se condicionó	<input type="checkbox"/> Entrega incompleta	<input type="checkbox"/> La entrega de apoyos se
<input type="checkbox"/> Servicios deficientes	<input type="checkbox"/> Abuso de autoridad	<input type="checkbox"/> Entrega en mal estado	<input type="checkbox"/> No se realizó la entrega
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Describe los hechos de la denuncia donde se incluya fecha, hora y lugar específico:

¿Se adjuntan pruebas de la denuncia? Si No Descripción de pruebas _____

¿Cuenta con testigos de los hechos? Si No De ser posible describa sus datos _____

Nombre(s)	Teléfono(s)

Sugerencia(s) o comentarios adicionales

Datos de quien recibe la denuncia

Persona ciudadana que promueva la queja y/o denuncia

Nombre _____	Nombre _____
Cargo _____	
Firma _____	Firma _____

**ANEXO 12
INFORME FINAL DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021**

a) Programa Estatal de Trabajo de Contraloría social

Tipo de actividad	Actividad	Responsable	Unidad de medida	Meta programada	Período programado (dd/mm/aa)		Período real de ejecución (dd/mm/aa)		Meta alcanzada
					Fecha inicial	Fecha final	Fecha inicial	Fecha final	
Planeación	Designación de la persona enlace de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Selección de acciones a vigilar por la Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Elaboración del Programa Estatal de Trabajo de Contraloría (PETCS)	Nombre de la Instancia Ejecutora							
Promoción	Capacitación a personas servidoras públicas que participarán en la ejecución de las acciones de la Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Capacitación a las personas beneficiarias e integrantes de Comités de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Distribución de materiales de difusión para la integración de los Comités de Contraloría Social del PAIMEF	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Distribución de material de capacitación de Contraloría Social del PAIMEF	Nombre de la Instancia Ejecutora							
Seguimiento (Actividades establecidas por la SFP en el SICS)	Captura en el SICS del PETCS	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Registro en el SICS de la información de Obras, Servicios y Apoyos programados y ejecutados con presupuesto federal autorizado	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura en el SICS de los Comités de Contraloría Social constituidos	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura de las reuniones realizadas con las personas beneficiarias del Programa	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Captura en el SICS del Informe de Comité de Contraloría Social	Nombre de la Instancia Ejecutora							
	Enviar a la SFP y OIC sobre las quejas o denuncias que se llegarán a presentar. a las autoridades competentes	Nombre de la Instancia Ejecutora							

Además del llenado completo del PETCS se deberá agregar una narrativa en la que se expliquen las variaciones en las fechas de programación y ejecución, así como la diferencia entre las metas programadas y alcanzadas.

b) Acciones seleccionadas para vigilar a través del proceso de Contraloría Social

Número de la acción	Nombre de la acción	Duración de la acción		Monto de la acción		Personas beneficiadas						
		Programada	Ejecutada	Programado	Ejecutado	Programado			Ejecutado			
						Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	

Se deberá agregar una narrativa en la que se explique la variación en la duración de la acción programada y ejecutada, así como del monto y el número de personas beneficiadas.

c) Difusión y promoción de la Contraloría Social del PAIMEF

Realizar una descripción de las actividades realizadas para difundir la Contraloría Social del PAIMEF. Asimismo, se llenará el siguiente cuadro de distribución de los materiales de difusión (cartel y tríptico), donde se considerarán los entregados por la Instancia Normativa, así como los producidos por la Instancia Ejecutora.

Distribución de materiales de difusión de Contraloría Social del PAIMEF						
Instancia que produjo el material	Tipo de material	Tipo de difusión (virtual, impresa, digital)	Municipio	Localidad	Fecha	Cantidad
Instancia Normativa	Carteles					
Instancia Normativa	Trípticos					

d) Capacitación

Redactar una descripción de las capacitaciones brindadas a las personas beneficiarias del PAIMEF e integrantes de los Comités; y, de la misma manera, integrar la realizada por la Instancia Normativa, señalando fecha, duración, temáticas a tratar y cantidad de personas asistentes por parte de la Instancia Ejecutora. Asimismo, se llenará el siguiente cuadro de distribución de materiales de capacitación (cuaderno de trabajo), así como las capacitaciones llevadas a cabo; cabe señalar, que será incluido el material entregado por la Instancias Normativa, así como los producidos por la Instancia Ejecutora Estatal.

Distribución de materiales de capacitación de Contraloría Social del PAIMEF					
Instancia que produjo el material	Tipo de material	Municipio	Localidad	Fecha	Cantidad
Instancia Normativa	Cuaderno de trabajo				

Capacitaciones de Contraloría Social del PAIMEF impartidas							
Nombre de la capacitación	Municipio	Localidad	Fecha	Personas capacitadas			
				Personas servidoras públicas	Personas beneficiarias	Personas integrantes de Comités	Otros

e) Integración de Comités de Contraloría Social del PAIMEF

Se llenará el siguiente cuadro con la información que se solicita:

Comités de Contraloría Social conformados							
Nombre del Comité	Clave de la acción	Monto de la acción	Municipio y localidad	Clave de Registro (SICS)	Fecha de constitución	Integrantes	
						M	H
Total de personas integrantes por sexo							
Total de personas integrantes (Sumatoria de mujeres y hombres)							

Posterior al cuadro resumen de los Comités conformados, se redactará una descripción acerca de la integración de cada uno de ellos, señalando: objetivo de cada uno, número de personas beneficiarias (mujeres y hombres), cantidad de reuniones llevadas a cabo, número de quejas y denuncias atendidas por los Comités (en caso de no haber se enunciará en la redacción), número de cédulas recopiladas, resultados obtenidos en el Comité; asimismo, en caso de contar con material fotográfico, se incluirá en este apartado.

f) Minutas de los Comités

Incluir en el siguiente cuadro el número de minutas derivadas de las reuniones llevadas a cabo por los Comités de Contraloría Social conformados.

Minutas de los Comités de Contraloría Social conformados		
Nombre del Comité	Cantidad de minutas emitidas	Temas de las minutas

g) Informes de Comités

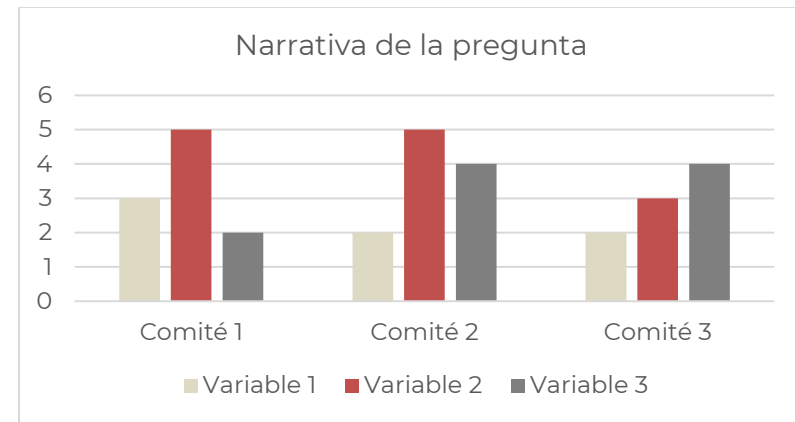
Incluir en el siguiente cuadro el número de informes elaborados por los Comités de Contraloría Social.

Informes de los Comités de Contraloría Social elaborados	
Nombre del Comité	Cantidad de informes emitidos

Asimismo, se integrará por cada pregunta su respectiva tabla, gráfica, y breve análisis de los resultados obtenidos.

Narrativa de la pregunta			
	Variable 1	Variable 2	Variable 3
Comité 1			
Comité 2			
Comité 3			

Breve análisis de los resultados

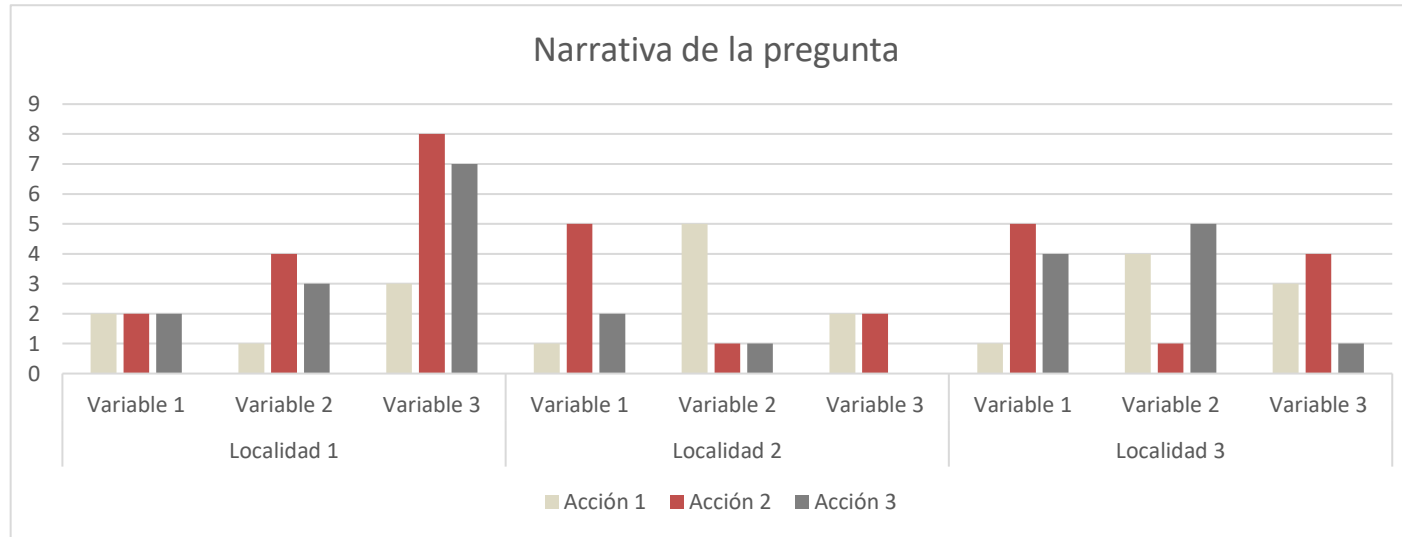


h) Encuestas de Satisfacción

Encuestas de satisfacción sobre las acciones de prevención de las violencias contra las mujeres (Vertiente B)

Se deberá incluir para cada pregunta su respectiva tabla, gráficas, y breve análisis de los resultados obtenidos.

Narrativa de la pregunta									
	Localidad 1			Localidad 2			Localidad 3		
	Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 1	Variable 2	Variable 3	Variable 1	Variable 2	Variable 3
Acción 1									
Acción 2									
Acción 3									



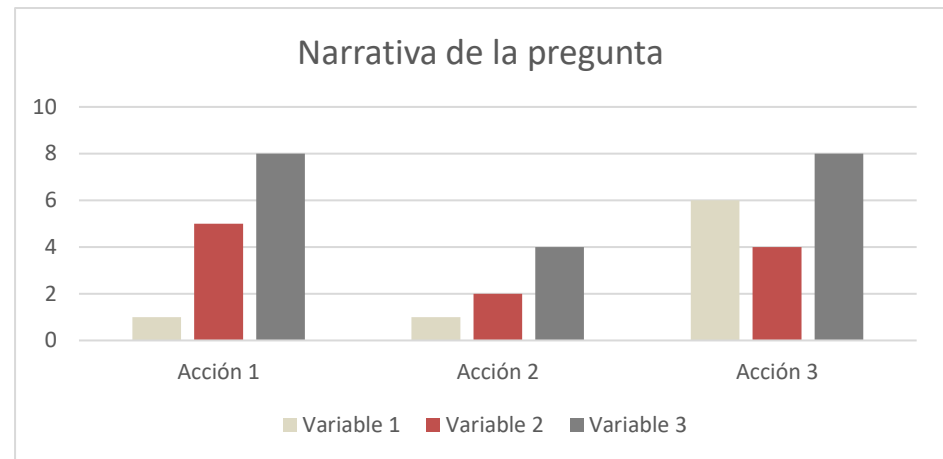
Breve análisis de los resultados

Encuestas de satisfacción de usuarias sobre las acciones de orientación y atención de las violencias contra las mujeres (Vertiente C)

Se deberá incluir para cada pregunta su respectiva tabla, gráficas, y breve análisis de los resultados obtenidos.

Narrativa de la pregunta			
	Variable 1	Variable 2	Variable 3
Acción 1			
Acción 2			
Acción 3			

Breve análisis de los resultados



i) Conclusiones del proceso de Contraloría Social

Incluir en el siguiente cuadro las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que consideren en cuanto al proceso de Contraloría Social llevado a cabo en el marco del PAIMEF 2021. Asimismo, realizar una descripción sobre las conclusiones generales de la aplicación de la Contraloría Social como Instancia Ejecutora Estatal, así como de la captura de información realizada en el SICS.



FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪

DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪

OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪

AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪

j) Propuestas de Mejora

Describir propuestas de mejora que considera sobre el mecanismo de Contraloría Social que se llevó a cabo.

k) Datos de la persona Enlace de Contraloría Social de la IMEF

**Nombre completo y cargo de la persona
Enlace de Contraloría Social**

**Nombre completo y cargo de la persona
Responsable del Programa o en su caso,
persona responsable inmediata superior**

Nota

1. Cabe señalar, que no es necesario remitir las versiones impresas de los mismos.
2. Es importante no realizar cambios de formato al documento, conservando tipo de letra, tamaño, colores, y diseño; de tal manera, solo se podrán incluir logotipos de las dependencias estatales que la Instancia Ejecutora considere.
3. Se deberá enviar el documento vía correo electrónico a la Instancia Normativa en formato Word para validación y visto bueno. Por tanto, las observaciones serán remitidas por el mismo medio, y, una vez solventadas se enviará nuevamente con firmas en original en la última página y al calce de las anteriores.

**ANEXO 13
DIRECTORIO INSTANCIA NORMATIVA E INSTANCIAS EJECUTORAS ESTATALES PARA CONTRALORÍA SOCIAL 2021**

DIRECTORIO INSTANCIA NORMATIVA					
ENTIDAD FEDERATIVA	NOMBRE DE LA INSTANCIA	NOMBRE DE LA PERSONA ENLACE DE CONTRALORÍA SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Ciudad de México	INDESOL - Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas, PAIMEF	Lic. María Antonia González del Castillo , Coordinadora General de Igualdad de Género / Enlace de Contraloría Social ante la Secretaría de la Función Pública	2a. Cerrada de Belisario Domínguez No. 40, Colonia del Carmen, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México	55 5554 0390 ext. 68163	maria.gonzalezc@indesol.gob.mx
		Arq. Sandra Samaniego Breach , Directora de Desarrollo de Proyectos Estratégicos / Enlace de Contraloría Social ante la Secretaría de la Función Pública		55 5554 0390 ext. 68182	sandra.samaniego@indesol.gob.mx
		Mtra. Mariana Elena Vidal Ortega , Departamento de Enlace del PAIMEF / Seguimiento al mecanismo de Contraloría Social		55 5554 0390 ext. 68186	mariana.vidal@indesol.gob.mx
		Mtra. Nelly Streicy Sahagún Monterrubio , Departamento de Proyectos Estratégicos / Seguimiento al mecanismo de Contraloría Social		55 5554 0390 ext. 68181	nelly.sahagun@indesol.gob.mx

DIRECTORIO INSTANCIAS EJECUTORAS ESTATALES			
ESTADO	CLAVE EL ESTADO	NOMBRE DE LA INSTANCIA	DIRECCIÓN
Aguascalientes	01	Instituto Aguascalentense de las Mujeres	Avenida Manuel Gómez Morín sin número, Col. Ferronales, C.P. 20180, Aguascalientes, Aguascalientes. (A un costado del Centro Deportivo Ferrocarrilero)
Baja California	02	Instituto de la Mujer para el Estado de Baja California	Calzada Independencia y Anáhuac 1199, interior A-1, col. Centro Cívico, CP 21000, Mexicali, B.C.
Baja California Sur	03	Instituto Sudcaliforniano de las Mujeres	Antonio Rosales No. 2040, Col. Centro, C.P. 23000, La Paz, BCS.
Campeche	04	Instituto de la Mujer del Estado de Campeche	Calle 53 s/n. entre Calle 16 y Circuito Baluartes, Centro de Justicia para las Mujeres - Planta Alta, Col. Centro, C.P. 24000, San Francisco de Campeche, Campeche
Coahuila de Zaragoza	05	Instituto Coahuilense de las Mujeres	Carretera Central Km 5 y Blvd. Centenario de Torreón, col. El Toreo, C.P. 25298, Saltillo, Coahuila
Colima	06	Instituto Colimense de las Mujeres	Calle Tercer Anillo Periférico esq. Libramiento General Marcelino García Barragán, Edif. 1 Planta Baja Cuerpo A, Col. El Diezmo, C.P. 28010, Colima.
Chiapas	07	Secretaría para la Igualdad de Género	Blvd. Andrés Serra Rojas Esq. Libramiento Norte No. 1090 Anexo 1B nivel 1, Torre Chiapas, C.P. 29040, El Retiro.
Chihuahua	08	Instituto Chihuahuense de las Mujeres	1º de mayo No. 1802, Col. Pacífico, C.P. 31020, Chihuahua, Chih.
Ciudad de México	09	Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México	Avenida Morelos Núm. Ext. 20 Núm. Int. 7 Col. Centro (Área 1), Cuauhtémoc, Ciudad de México. C.P. 06000
Durango	10	Instituto Estatal de las Mujeres	Zaragoza No. 528 Sur, Zona Centro, C.P. 34000, Durango, Dgo.
Guanajuato	11	Instituto para las Mujeres Guanajuatenses	Plazuela de Cata No. 1. Colonia Cata, C.P. 36010, Guanajuato
Guerrero	12	Secretaría de la Mujer	Boulevard René Juárez Cisneros, número 62, Col. Ciudad de los Servicios; Palacio de Gobierno, Edificio Costa Chica, segundo piso, C.P. 39074, Chilpancingo de los Bravo, Gro.
Hidalgo	13	Instituto Hidalguense de las Mujeres	Calle Parque Hidalgo, Núm. Ext. 103, Col. Centro, C.P. 42000, Pachuca, Hidalgo.
Jalisco	14	Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres	Calle Miguel Blanco, Núm. Ext. 883, Núm. Int. 2do. Piso, Col. Centro, C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco.
México	15	Secretaría de las Mujeres	Calle Av. José María Morelos y Pavón Poniente No. 809, Col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México

DIRECTORIO INSTANCIAS EJECUTORAS ESTATALES

ESTADO	CLAVE EL ESTADO	NOMBRE DE LA INSTANCIA	DIRECCIÓN
Michoacán	16	Secretaría de Igualdad Sustantiva y Desarrollo de las Mujeres Michoacanas	Avenida Acueducto número 1106, Col. Chapultepec Norte, C.P. 58260, Morelia, Michoacán.
Morelos	17	Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos	3er. Piso, Mariano Abasolo 6, Cuernavaca Centro, Centro. Cuernavaca, Morelos. C.P. 62000
Nayarit	18	Instituto para la Mujer Nayarita	Sebastián Lerdo de Tejada número 175 Oriente, Col. Centro, C.P. 63000, Tepic, Nayarit.
Nuevo León	19	Instituto Estatal de las Mujeres	5 de mayo No. 525 Ote. Piso 3 Edificio Elizondo Páez, Centro Monterrey, C.P. 64000, N.L.
Oaxaca	20	Secretaría de las Mujeres de Oaxaca	Heroica Escuela Naval Militar No. 221 Colonia Reforma. C.P. 68050, Oaxaca, Oaxaca
Puebla	21	Secretaría de igualdad Sustantiva	Reserva Atlixcáyotl 1101, Edificio Ejecutivo. Reserva territorial Atlixcáyotl. Puebla, Puebla. C.P. 72190
Querétaro	22	Instituto Queretano de la Mujeres	Mariano Reyes No. 17, Col. Centro, C.P. 76000, Santiago de Querétaro, Qro.
Quintana Roo	23	Instituto Quintanarroense de la Mujer	Av. Benito Juárez No. 49, Col. Centro, C.P. 77000, Chetumal, Quintana Roo.
San Luis Potosí	24	Instituto de las Mujeres del Estado de San Luis Potosí	Calle Francisco I. Madero, No. Ext. 305, Colonia Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, San Luis Potosí.
Sinaloa	25	Instituto Sinaloense de las Mujeres	Río Elota número 85 Oriente, Col. Guadalupe, C.P. 80220, Culiacán, Sinaloa.
Sonora	26	Instituto Sonorense de las Mujeres	Periférico Norte No. 328, Col. Balderrama, C.P. 83180, Hermosillo, Sonora
Tabasco	27	Instituto Estatal de las Mujeres	C. Antonio Suárez Hernández No. 136, Col. Reforma, C.P. 86060, Villahermosa, Tabasco
Tamaulipas	28	Instituto de las Mujeres en Tamaulipas	Olivia Ramírez No. 621, Fracc. Sierra Gorda, C.P. 87050, Ciudad Victoria, Tamps.
Tlaxcala	29	Instituto Estatal de la Mujer	Ex Fábrica de San Manuel s/n, Barrio Nuevo San Miguel Contla, C.P. 90640, Santa Cruz, Tlaxcala.
Veracruz de Ignacio de la Llave	30	Instituto Veracruzano de las Mujeres	Av. Ruiz Cortines Número 1618 Colonia Francisco Ferrer Guardia C. P. 91020, Xalapa, Veracruz.
Yucatán	31	Secretaría de las Mujeres	Calle 14 No. 189, por 17 y 19, Col. Miraflores, C.P. 97000, Mérida Yucatán.
Zacatecas	32	Secretaría de las Mujeres	Circuito Cerro del Gato, Edificio K, primer piso. Col. Ciudad Gobierno, C.P. 98160, Zacatecas, Zacatecas.

**ANEXO 14
PLAZOS DE ENTREGA Y CAPTURA EN EL SICS**

PLAZOS DE ENTREGA DE INFORMACIÓN CONTRALORÍA SOCIAL Y CAPTUR EN EL SICS - PAIMEF 2021	
DESCRIPCIÓN	PLAZO
Carta Responsiva	No mayor a 5 días hábiles posteriores a su recepción
Error de acceso al SICS derivado del cambio de contraseña	No mayor a 3 días hábiles posteriores a la identificación del problema
Cambio de designación de Enlace de Contraloría Social por parte de la Instancia Ejecutora	No mayor a 5 días hábiles posteriores a la nueva designación
Envío Anexo 1. Programa Estatal de Trabajo de Contraloría Social, PETCS, para revisión y validación.	No mayor a 3 días hábiles posteriores a la fecha en que se realizó la capacitación
Anexo 1. Programa Estatal de Trabajo de Contraloría Social, PETCS, con observaciones solventadas	no mayor a 3 días hábiles posteriores a la recepción de observaciones.
Envío del Anexo 2. Formato para selección de acciones a vigilar por la Contraloría Social, para revisión y validación	No mayor a 8 días hábiles posteriores a la fecha en que se realizó la capacitación
Envío del Anexo 2. Formato para selección de acciones a vigilar por la Contraloría Social, con observaciones solventadas	No mayor a 3 días hábiles posteriores a la recepción de observaciones.
Notificación de Convenios Modificatorios que afectan el monto de las acciones comprometidas a vigilar	No mayor a 5 días hábiles posteriores a la firma del Convenio Modificatorio.
Anexo 2. con la actualización de los montos modificados de las acciones comprometidas a vigilar	No mayor a 5 días hábiles posteriores a la firma del Convenio Modificatorio.
Cancelación de acción comprometida	No mayor a 5 días hábiles posteriores a su cancelación.
Captura en el SICS de la constitución del Comité	No mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de constitución
Captura en el SICS de las minutas llevadas realizadas	No mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de su ejecución
Captura de Anexo 8. Informe de Comité de Contraloría Social	No mayor a 10 días hábiles posteriores a la aplicación
Observaciones de la SFP a solventar a cierre de SICS	No mayor a 5 días hábiles posteriores a la notificación
Entrega de Anexo 12. Informe final	No mayor a 7 días hábiles posteriores a la notificación

ANEXO 15

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

El Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF), así como sus ejecutoras, las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (IMEF), en apego a la normatividad internacional y nacional aplicable, rigen su operación bajo el Principio de Máxima protección de las usuarias víctimas de violencia de género, el cual establece que *“Toda autoridad de los órdenes de gobierno debe velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las víctimas del delito y de violaciones a los derechos humanos [...] El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos”*⁷.

Aunado a ello y con fundamento en el Acuerdo General de la Comisión para la Transparencia, Acceso a la Información Pública Gubernamental y Protección de Datos Personales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación⁸ en su artículo 60, que establece que *“El manejo de datos personales será lícito cuando se realice para la finalidad perseguida con su obtención”*, es importante mencionar que las IMEF obtienen esta información personal de las usuarias durante las entrevistas de primer contacto, en las que se le asegura a la usuaria que el registro de sus datos será de carácter confidencial. En este sentido, los servicios especializados brindados en las Unidades apoyadas por el PAIMEF se ciñen al Principio de confidencialidad, por lo que *“Toda la información y actividad administrativa o jurisdiccional relacionada con el ámbito de protección de las usuarias, debe ser reservada para los fines de la investigación o del proceso respectivo”* (Artículo 40 de la Ley General de Víctimas).

En congruencia con estos principios, las IMEF presentan informes de sus servicios especializados a través de datos acumulados, conforme a los artículos 38⁹, 47¹⁰ y 49¹¹ de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, para así garantizar el cumplimiento de la investigación y recopilación de información para generar estadísticas pertinentes a las causas, consecuencias y frecuencia de las violencias contra las mujeres, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Es por ello que, en acato a la normatividad descrita y a los principios de máxima protección y confidencialidad, el programa no genera ningún tipo de registro de información como nombre, dirección, fecha de nacimiento, teléfono y todos aquellos que de su combinación posibiliten la identificación directa o indirecta de las mujeres son considerados datos sensibles a la victimización secundaria¹².

Por lo anterior, las mujeres que son beneficiarias de los servicios de orientación y atención que el Programa brinda, a través de las IMEF, no están obligadas a proporcionar sus datos personales para la constitución y registro de los Comités de Contraloría Social.

⁷ Artículo 4 de la Ley General de Víctimas emitida en D.O.F 03-01-2017

⁸ D.O.F 15 DE JULIO DE 2008

⁹ Artículo 38 fracción IX. Garantizar la investigación y la elaboración de diagnósticos estadísticos sobre las causas, la frecuencia y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas desarrolladas para prevenir, atender, sancionar y erradicar todo tipo de violencia. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 01 de febrero de 2007

¹⁰ Artículo 47 fracción IV. Proporcionar a las instancias encargadas de realizar estadísticas las referencias necesarias sobre el **número de víctimas atendidas**. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 01 de febrero de 2007

¹¹ Artículo 49 fracción XIX. Proporcionar a las instancias encargadas de realizar estadísticas, la información necesaria para la elaboración de éstas. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. D.O.F. 01 de febrero de 2007

¹² **Victimización secundaria**. - El Estado tampoco podrá exigir mecanismos o procedimientos que agraven su condición ni establecer requisitos que obstaculicen e impidan el ejercicio de sus derechos ni la expongan a sufrir un nuevo daño por la conducta de los servidores públicos. Ley General de Víctimas, Artículo 5.