

PROGRAMA DE APOYO A LAS INSTANCIAS DE MUJERES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS  
(PAIMEF)


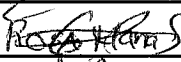

EJERCICIO FISCAL : 2019

CONSTANCIA DE REGISTRO 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
FORTALECER EL AREA DE ATENCION	2019-020-S155-1-AY-21-114-0001-2/1	19/09/2019

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Nombre de los contralores sociales	Firma o Huella Digital
ANA MARÍA XICOTÉNCATL CORTÉZ	
ROSA MARÍA CASTRO HERNÁNDEZ	
ROSALÍA LÓPEZ PALMA	

II. DATOS DE LAS OBRAS O APOYOS DEL PROGRAMA

Ubicación o Dirección:  
2 SUR 902 CENTRO CP : 720000

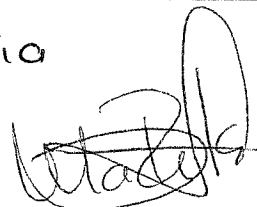
PROYECTO	ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
FORTALECER EL ÁREA DE ATENCIÓN	PUEBLA	PUEBLA	HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA

III. FUNCIONES QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

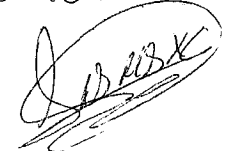
- SOLICITAR LA INFORMACIÓN PÚBLICA RELACIONADA CON LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA
- VIGILAR QUE SE DIFUNDA INFORMACIÓN SUFICIENTE, VERAZ Y OPORTUNA SOBRE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL
- VIGILAR QUE EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS PARA LAS OBRAS, APOYOS O SERVICIOS SEA OPORTUNO TRANSPARENTE Y CON APEGO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN
- VIGILAR QUE SE DIFUNDA EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS.
- VIGILAR QUE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA FEDERAL 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 APOYOS O SERVICIOS
- VIGILAR QUE EXISTA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y DE LA ENTREGA DE LAS OBRAS, APOYOS O SERVICIOS.
- VIGILAR QUE EL PROGRAMA FEDERAL NO SE UTILICE CON FINES POLÍTICOS, ELECTORALES, DE LUCRO U OTROS DISTINTOS AL OBJETO DEL PROGRAMA FEDERAL.
- VIGILAR QUE LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEN ATENCIÓN A LAS QUEJAS Y DENUNCIAS RELACIONADAS CON EL PROGRAMA
- REGISTRAR EN LOS INFORMES LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL REALIZADAS, ASÍ COMO DAR SEGUIMIENTO, EN SU CASO, A LOS MISMOS (antes Cédulas)

Recibi constancia





Recivi Constancia



C. MARIA RITA ROJAS SÁNCHEZ  
ENLACE DE CONTRALORÍA SOCIAL

**ANEXO 6**  
**FORMATO FUSIONADO PARA EL REGISTRO DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL 2019**  
 (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: Puebla

Municipio: Puebla

Localidad: Puebla

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 01 06 2019 al 31 12 2019  
DÍA MES AÑO al DÍA MES AÑO

Monto del servicio o apoyo que vigila: \$ 761,500.00

**II. DATOS GENERALES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de constitución del Comité	Fecha de registro
Fortalecer el área de atención especializada de la violencia contra las mujeres	2019-020-5155-7-AM -21-114-001-371	19/09/19	1/1

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

Nombre	Edad	Mujer (M)	Hombre (H)	Cargo dentro del Comité	Firma
<u>Aurora Victoria Cortez</u>	<u>47</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>PRESIDENTA</u>	
<u>Rosa María Castro Hernández</u>	<u>44</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Secretaria</u>	
<u>Rosalba López Palma</u>	<u>42</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Vocal</u>	
<u>Maria Lucía Aguayo Cervantes</u>	<u>46</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>beneficiaria</u>	
<u>Wendy Elena Sintes Duro</u>	<u>43</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>beneficiaria</u>	
<u>De la Cruz Trejo Corrales</u>	<u>38</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>beneficiaria</u>	

(Adjuntar Anexo 5, LISTA DE ASISTENCIA)

	Sí	No
¿La elección de las personas integrantes de los Comités se realizó por mayoría de votos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En la elección de las personas integrantes de los Comités se promovió la integración de manera equitativa entre mujeres y hombres?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Las personas integrantes del Comité de Contraloría Social 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. DATOS DE LOS SERVICIOS FINANCIADOS POR EL PAIMEF**

Nombre y descripción de la obra, servicio o apoyo que se recibe: Fortalecer el área de atención especializada de la violencia contra las mujeres y su centro de empoderamiento infantil, adscrito a la Coordinación Especializada para Prevenir la Violencia contra las Mujeres y Niños para atención a mujeres en situación de violencia

Nombre de la Acción a la que corresponde: Fortalecer el área de atención especializada de la violencia contra las mujeres y su centro de empoderamiento

Nombre y ubicación o dirección del lugar donde se recibió el servicio o del lugar en donde se encuentran los apoyos (En caso de ser refugio, casa y cuarto de emergencia, casa y cuarto de tránsito o albergue, lo datos corresponderán al centro de atención próximo)

Nombre	Instituto Poblano de las Mujeres				
Calle y número:	2 Sur No. 902	Colonia:	Centro	C.P.:	72000
Estado:	Puebla	Municipio:	Puebla	Localidad:	Puebla.

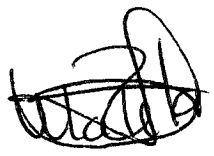
IV. FUNCIONES Y COMPROMISOS QUE REALIZARÁ EL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

<b>Funciones:</b>	SOLICITAR LA INFORMACIÓN PÚBLICA RELACIONADA CON LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA.	✓
	VIGILAR QUE SE DIFUNDA INFORMACIÓN SUFICIENTE, VERAZ Y OPORTUNA SOBRE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA FEDERAL.	✓
	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.	✓
	VIGILAR QUE SE DIFUNDA EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS.	✓
	VIGILAR QUE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA FEDERAL 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 COMPROBATORIA DEL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y DE LA ENTREGA DE LAS OBRAS, SERVICIOS O APOYOS.	✓
	VIGILAR QUE EL PROGRAMA FEDERAL NO SE UTILICE CON FINES POLÍTICOS, ELECTORALES, DE LUCRO U OTROS DISTINTOS AL OBJETO DEL PROGRAMA FEDERAL.	✓
	VIGILAR QUE EL PROGRAMA FEDERAL NO SEA APLICADO AFECTANDO LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.	—
	VIGILAR QUE LAS AUTORIDADES COMPETENTES DEN ATENCIÓN A LAS DENUNCIAS RELACIONADAS CON EL PROGRAMA FEDERAL.	✓
	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 DE LOS PROGRAMAS FEDERALES.	✓
RECIBIR DENUNCIAS QUE PUEDAN DAR LUGAR AL FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, CIVILES O PENALES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS FEDERALES, ASÍ COMO TURNARLAS A LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA SU ATENCIÓN.	✓	

**Compromisos:**

Apoyar a realizar los compromisos establecidos

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

María Rita Rojas Sánchez	Enlace de Contraloría	
Nombre completo	Cargo	Firma



ANEXO B  
MINUTA DE LA REUNIÓN 2019

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

Nombre del Comité	Clave de Registro (SICS)	Fecha de registro
Fortalecer el área de atención especializada de las mujeres contra las mujeres. (0116/21)	2019-020-5155-1-AY-21-114-0001-2/1	19/09/2019

Motivo de la reunión:

Integración del Comité de Contraloría Social

Lugar de la reunión:

Nombre de la IMEF: Instituto Poblano de las Mujeres

Estado: Puebla Municipio: Puebla

Localidad: Puebla Fecha: 19/09/2019

Descripción de la obra, apoyo o servicio:

Se acondicionó, gastos de operación y servicios profesionales brindan atención a mujeres en situación de violencia y en su caso sus hijas e hijos en las áreas de psicología, jurídico, trabajo social, de acuerdo al modelo Atín Integral en casos de violencia contra las mujeres.

Programa de la reunión (Puntos a tratar):

- Presentación y bienvenida
- Dar a conocer el el PAIMEF
- Servicios que se ofrecen
- Beneficios de la Contraloría Social
- Integración del Comité de Contraloría Social.

Resultados de la reunión:

Necesidades expresadas por las personas integrantes del Comité:

Realizar otra reunión con todas las mujeres que asisten a los Servicios

Opiniones e inquietudes de las personas integrantes del Comité:

Que se ofunda más.

Comentarios  
adicionales

ninguno

Acuerdos:

Descripción de los acuerdos	Persona responsable de atender	Fecha de cumplimiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover los servicios</li> <li>- Vigilar los servicios</li> <li>- Realizar reuniones</li> </ul>	Comité	26/sep/2019

## DEPENDENCIAS QUE ASISTIERON A LA REUNIÓN

Instituto Poblano de las Mujeres.







Denuncias y peticiones que presentan las personas integrantes del Comité:

¿Cuántas recibió en forma escrita?		Escribir a qué se refieren
Denuncias	0	
Peticiones	0	

Adjuntar a este formato la lista de personas asistentes (Anexo 5).

Fortalecer el área de atención especializada de la atención a mujeres  
19-Sep-2019.

Integración del Comité de Contraloría ANEXO 5  
LISTA DE ASISTENCIA 2019

Nombre completo	Sexo (M/H)	Edad	Indique si es: <input type="checkbox"/> Integrante del Comité <input type="checkbox"/> Persona beneficiaria <input type="checkbox"/> Persona servidora pública	En caso de ser servidora pública indique la dependencia de procedencia	Correo electrónico	Firma
Suzela Hernández	M	47	<input checked="" type="checkbox"/> Integrante del Comité		Suzela.Hernandez@Horsimail	
Rosa María Castro Henríquez	M	44	<input checked="" type="checkbox"/> Integrante del Comité		Oberenisse@hotmail	
Rosalba López Palma	M	42 años	<input checked="" type="checkbox"/> Integrante del Comité		challia.lopez77@hotmail	
M <sup>ca</sup> Lucía Aguiar Fuentes	M	46	<input type="checkbox"/> Persona beneficiaria		22 21 86 57 46	
M <sup>ca</sup> Efraim Soto	M	43	<input type="checkbox"/> beneficiaria		22-21-40-64-45	
Maria Guadalupe Trujillo	M	38	<input type="checkbox"/> beneficiaria		2721554843	



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 en el SICS: 2019-020-5155-1-84-21-114-0001-217

Obra, apoyo o servicio vigilado: Fortalecer el área de atención especializada de la no violencia contra las mujeres y su centro de empoderamiento infantil Fecha de llenado del informe: 05/12/2019

Periodo que comprende el informe: Del 01/06/2019 Al 31/12/2019

Clave de la entidad federativa: 21

Clave del municipio o alcaldía: 114

Clave de la localidad: 0001

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

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

<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
-------------------------------	--	----------------------------------
- Para llevar a cabo las acciones de vigilancia ¿Solicitaron a los representantes del programa la información necesaria del Programa y de la Contraloría Social?
 

<input checked="" type="checkbox"/> 1 Sí y ya nos las proporcionaron	<input type="checkbox"/> 3 No la hemos solicitado
<input type="checkbox"/> 2 Sí y no nos las han proporcionado	<input type="checkbox"/> 4 No sé
- Señale la opinión que tiene del beneficio que recibió del Programa
 

3.1 ¿Les entregaron completo el beneficio o terminada la obra?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
3.2 ¿El beneficio se ha entregado de acuerdo a las fechas y lugares programados?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
3.3 ¿Le condicionaron la entrega del beneficio?	<input checked="" type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
3.4 ¿Este beneficio representó una mejora para su localidad, su familia o para Usted?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
3.6 ¿El beneficio lo reciben las personas que lo necesitan?	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
- 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?
 

<input checked="" type="checkbox"/> 1 No	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
--	-------------------------------	----------------------------------
- ¿Usted, algún beneficiario(a) o integrante del Comité presentaron una denuncia sobre la operación del Programa?
 

<input checked="" type="checkbox"/> 1 No (pase a la pregunta 6)	<input type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé (pase a la pregunta 6)
---	-------------------------------	---

  - Señale él o los medios que utilizaron para presentar la denuncia y ante qué instancia
 

<input type="checkbox"/> 1 Buzón móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 5 Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDEC)
<input type="checkbox"/> 2 Teléfono	<input type="checkbox"/> 6 Aplicación móvil (Denuncia la Corrupción)
<input type="checkbox"/> 3 Correo electrónico	<input type="checkbox"/> 7 Órgano Estatal de Control (Contraloría del Estado)
<input type="checkbox"/> 4 Personal responsable de la ejecución del Programa	<input type="checkbox"/> 8 No sé
  - 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.
- ¿Existió equidad de género para la integración del Comité?
 

<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No aplica	<input type="checkbox"/> 4 No sé
-------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------
- ¿Considera que recibieron la información necesaria para realizar sus actividades como Comité de Contraloría Social?
 

<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
-------------------------------	--	----------------------------------
- Como Comité de Contraloría Social ¿Qué actividades realizaron?
 

8.1 Verificamos el cumplimiento de la entrega del beneficio	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.2 Vigilamos el uso correcto de los recursos del Programa: obra, servicio o apoyo	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.3 Informamos a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 No sé
8.4 Verificamos que los beneficios se entregaran a tiempo	<input type="checkbox"/> 1 No	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Sí	<input type="checkbox"/> 3 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:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 No iniciada | <input type="checkbox"/> 4 Terminada |
| <input type="checkbox"/> 2 En proceso  | <input type="checkbox"/> 5 No sé     |
| <input type="checkbox"/> 3 Suspendida  |                                      |

9.1 ¿La obra pública se encuentra suspendida por?

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Fenómenos naturales | <input type="checkbox"/> 3 Medidas de seguridad | <input type="checkbox"/> 5 No sé |
| <input type="checkbox"/> 2 Conflicto social    | <input type="checkbox"/> 4 Conflicto ecológico  | <input type="checkbox"/> 6 Otros |

Firmas

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

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