

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad

Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

No. de registro del Comité de Contraloría Social: _____

Nombre de la obra, apoyo o servicio entregado _____

Fecha de llenado de la Cédula :

Día	Mes					Año	

Periodo de la ejecución o entrega de beneficio: Del

Día	Mes

Año			

Al

Día	Mes

Año			

Información a llenar por el Programa	
Clave de la entidad federativa	_____
Clave del Municipio o alcaldía:	_____
Clave de la localidad:	_____

1. La información que conocen se refiere a: (puede elegir más de una opción)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Objetivos del Programa <input type="checkbox"/> 2 Beneficios que otorga el Programa <input type="checkbox"/> 3 Requisitos para ser beneficiario (a) <input type="checkbox"/> 4 Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse <input type="checkbox"/> 5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa <input type="checkbox"/> 6 Dependencias que ejecutan el Programa <input type="checkbox"/> 7 Conformación y funciones del comité o vocal | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 8 Dónde presentar quejas y denuncias <input type="checkbox"/> 9 Derechos y obligaciones de quienes operan el programa <input type="checkbox"/> 10 Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as) <input type="checkbox"/> 11 Formas de hacer contraloría social <input type="checkbox"/> 12 Periodos de ejecución de la obra o fecha de entrega de los apoyos o servicios <input type="checkbox"/> 13 No deseamos responder / No sabemos |
|--|---|

2. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (puede elegir más de una opción)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de las obras, apoyos o servicios <input type="checkbox"/> 2 Verificar el cumplimiento de obras, apoyos o servicios <input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa <input type="checkbox"/> 4 Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa <input type="checkbox"/> 5 Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 6 Contestar informes de Contraloría Social <input type="checkbox"/> 7 Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as) <input type="checkbox"/> 8 Expresar necesidades, opiniones, quejas o peticiones a los responsables del Programa <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos |
|---|---|

3. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede elegir más de una opción)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa <input type="checkbox"/> 2 Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios <input type="checkbox"/> 3 Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa <input type="checkbox"/> 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) <input type="checkbox"/> 5 Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 6 Para que se atiendan nuestras quejas <input type="checkbox"/> 7 Para lograr que el programa funcione mejor <input type="checkbox"/> 8 Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del Programa <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos |
|---|---|

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad
Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

4. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------------|----|--------------------------------|
| 4.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 4.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 4.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 4.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 4.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |
| 7. ¿El programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? | Sí | <input type="text" value="1"/> | No | <input type="text" value="0"/> |

Si quieres reportar algo o requiere información dirígete a:

Dirección General de Integración Social ubicado en: Av. Insurgentes Sur 3700 B, Colonia Cuicuilco, Delegación Coyoacán, C.P. 04530, Ciudad de México, 01 (55) 3003 2200, Ext. 4218, gcasas@dif.gob.mx

**Nombre, Cargo y Firma del personal que recibe esta
cédula**

Nombre y Firma del (la) integrante del Comité