

**INFORME DEL COMITE DE CONTRALORIA SOCIAL**  
Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad  
Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

**ENCUESTA DE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO TRIMESTRAL**

Nombre de la Organización de la Sociedad Civil: \_\_\_\_\_

Perfil de Atención:

- 1 Niños     
  2 Niños con Discapacidad     
  3 Adultos con Discapacidad     
  4 Adultos Mayores

Fecha de llenado de la encuesta : 

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 Localidad:	_____
Clave del Municipio:	_____
Clave del Estado:	_____
Clave del Programa:	_____

**El Comité de Contraloría Social respondera las preguntas al termino de cada entrega de apoyos o servicios o de cada visita de supervisión, para el caso de las obras:**

**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  1      No  0
- 4.2 Después de realizar la supervisión del apoyo ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?      Sí  1      No  0
- 4.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?      Sí  1      No  0
- 4.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?      Sí  1      No  0
- 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?      Sí  1      No  0
- 4.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?      Sí  1      No  0

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

- |  |   |
|--|---|
| 1 Objetivos del Programa<br>2 Beneficios que otorga el Programa<br>3 Requisitos para ser beneficiario (a)<br>4 Tipo y monto de apoyos o servicios a realizarse<br>5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa<br>6 Dependencias que ejecutan el Programa<br>7 Conformación y funciones del comité o vocal | 8 Dónde presentar quejas y denuncias<br>9 Derechos y obligaciones de quienes operan el programa<br>10 Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as)<br>11 Forma de hacer Contraloría Social<br>12 Período de entrega de los apoyos o servicios<br>13 No deseamos responder / No sabemos |
|--|---|

**8. ¿Cómo considera el servicio de Acogimiento Residencial proporcionado por la Organización de la Sociedad Civil?**

- 1 Excelente     
  2 Bueno     
  3 Regular     
  4 Deficiente

**9. ¿Cómo considera el servicio de Atención Médica que recibe la Organización de la Sociedad Civil?**

- 1 Excelente     
  2 Bueno     
  3 Regular     
  4 Deficiente

**10. ¿Cómo considera el servicio de Atención Nutricional (alimentación) que recibe de la Organización de la Sociedad Civil?**

- 1 Excelente     
  2 Bueno     
  3 Regular     
  4 Deficiente

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: (La dependencia debere de indicar correo electrónico y dirección)

Nombre y firma del servidor público  
que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité