

**ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

**DATOS GENERALES**

Estado	
Municipio	
Localidad	
Nombre del Programa que recibe el apoyo	
Fecha en que le dieron el apoyo	

**1.- El comité lo integran:**

<input type="text" value="Hombres"/>	<input type="text" value="Mujeres"/>
--------------------------------------	--------------------------------------

**2.- Marque su opinión con respecto al apoyo que recibió del Programa Alimentario.**

**a) ¿Se entregó completo?**

<input type="text" value="Si"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
---------------------------------	---------------------------------	--

**b).- ¿Los entregaron a tiempo?**

<input type="text" value="Si"/>	<input type="text" value="No"/>	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
---------------------------------	---------------------------------	--

**3.- Conoce la información del apoyo que recibe?**

<input type="text" value="Si"/>	<input type="text" value="No"/>
---------------------------------	---------------------------------

**Si es sí, pase a la pregunta 8**

**4.- Marque con una X el cuadro que indica la información que conoce del apoyo alimentario**

<input type="text"/>	Duración del apoyo	<input type="text"/>	Donde canalizar sus quejas o denuncias
<input type="text"/>	Fechas de entrega	<input type="text"/>	Dependencia estatal que participa en el apoyo
<input type="text"/>	Requisitos para ser beneficiario	<input type="text"/>	Otro

**5.- La atención que le dio el servidor público al entregarle el apoyo, fue:**

<input type="text" value="Buena"/>	<input type="text" value="Regular ¿Cómo fue el trato?"/>	<input type="text" value="Mala ¿Cómo fue el trato?"/>
------------------------------------	--	---

**ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

<b>6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input style="width: 150px;" type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input style="width: 150px;" type="text" value="¿De qué se trata?"/>
<b>8.- ¿Detecto que durante la entrega de apoyos se haya utilizado para otros fines distintos a su objetivo?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input style="width: 150px;" type="text" value="¿Cuál?"/>
<b>9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input style="width: 150px;" type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de los beneficiarios(as) o integrantes del Comité?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input style="width: 100px;" type="text" value="¿Cuántas quejas?"/> <input style="width: 150px;" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/>
<b>11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input style="width: 100px;" type="text" value="¿Cuántas entrego?"/> <input type="checkbox"/> No <input style="width: 150px;" type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>
<b>12.- ¿En donde las presentó?</b>
<input style="width: 150px;" type="text" value="Dependencia Federal"/> <input style="width: 150px;" type="text" value="Dependencia Municipal"/>
<input style="width: 150px;" type="text" value="Dependencia Estatal"/> <input style="width: 150px;" type="text" value="Otro. Especifique"/>
<b>13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, que le recibió las quejas o denuncias.</b>
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>
<b>14.- ¿Le dieron respuestas a las quejas que presentó?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



**ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

<b>15.- ¿Hubo mejoras en el programa?</b>			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Cuáles?"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?</b>			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Cada cuánto?"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>17.- ¿Qué temas tratan?</b>			
<b>18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?</b>			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Porque?"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>19.- En su opinión ¿qué resultados obtuvo con la aplicación de la Contraloría Social?</b>			
<b>20.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social que obtuvo?</b>			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿De qué manera?"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:</b>			

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

\_\_\_\_\_  
Nombre, puesto del representante del SEDIF que recibe esta cédula

Sello del SMDIF