

**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**

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

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

15.- ¿Hubo mejoras en el programa?			
<input type="checkbox"/> Si	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuáles?"/> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 40%;"><input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/></td>	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?			
<input type="checkbox"/> Si	<input <="" td="" type="text" value="¿Cada cuánto?"/> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/></td>	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
17.- ¿Qué temas tratan?			
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?			
<input type="checkbox"/> Si	<input <="" td="" type="text" value="¿Porque?"/> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/></td>	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
19.- En su opinión ¿qué resultados obtuvo con la aplicación de la Contraloría Social?			
20.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social que obtuvo?			
<input type="checkbox"/> Si	<input <="" td="" type="text" value="¿De qué manera?"/> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/></td>	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:			

Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

Nombre, puesto del representante del SEDIF que recibe esta cédula

Sello del SMDIF