



**ANEXO 4**  
**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL**  
**ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

Fecha	
Municipio	
Localidad	
Nombre del Programa	

Dependencia que ejecuta el programa	
Periodo de ejecución	
Descripción del apoyo (En qué consiste el apoyo alimentario)	

<b>1.- ¿Recibió toda la información necesaria para realizar las actividades de Contraloría Social?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<b>1.1 ¿Qué información recibió?</b>			
<input type="text" value="Derechos y obligaciones"/>	<input type="text" value="Tipos de beneficio del Programa Alimentario"/>		
<input type="text" value="Montos del apoyo"/>	<input type="text" value="Periodicidad de entrega"/>		
<input type="text" value="Instancia para solicitar la información"/>	<input type="text" value="Otra. Especifique:"/>		
<b>1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?</b>			
<input type="text" value="Verbalmente"/>	<input type="text" value="Díptico o trípticos"/>	<input type="text" value="Otra. Especifique:"/>	
<b>2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Cuántas realizó?"/>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>3.- ¿Entregó al representante del programa las cédulas de vigilancia?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>	
<b>4.- ¿Cuáles fueron los resultados que obtuvo del seguimiento y vigilancia del apoyo?</b>			
<b>5.- ¿Se cumplieron las metas del apoyo en los tiempos establecidos?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>	

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social



**ANEXO 4**  
**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL**  
**ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

<b>6.- La información sobre los requisitos para ser beneficiario (a) del programa?</b>				
<input type="checkbox"/> SI				
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ¿Los solicitó?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/> ¿Por qué?
<b>7.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser beneficiaria del programa?</b>				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ¿Lo denunció?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/> ¿Por qué?
<input type="checkbox"/> NO				
<b>8.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?</b>				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/> ¿Para qué fin se utilizó el programa?	<input type="text"/> Político	<input type="text"/> Lucro	<input type="text"/> Otro
<input type="checkbox"/> NO				
<b>9.- ¿Recibió usted, quejas o denuncia s por parte de los beneficiarios?</b>				
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>10.- Cuántas recibió?</b> <input style="width: 50px;" type="text"/>				
<b>11.- ¿Sobre qué eran?</b>				
<input type="text"/> Aplicación del recurso		<input type="text"/> ¿Cuántas	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
<input type="text"/> Ejecución del programa		<input type="text"/> ¿Cuántas	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
<input type="text"/> Irregularidades en el apoyo		<input type="text"/> ¿Cuántas	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
<input type="text"/> Otro:		<input type="text"/> Especifique	<input style="width: 150px;" type="text"/>	
<b>12.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> N	<input type="text"/> ¿Por qué no las presentó?		
<b>12.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja</b>				



**ANEXO 4  
INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL  
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2020**

13.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?

SI       NO

13.1 En qué sentido fueron las respuestas?

Sanciones administrativas	¿Cuántas	<input type="text"/>
Sanciones civiles	¿Cuántas	<input type="text"/>
Sanciones penales	¿Cuántas	<input type="text"/>
Otras:	Especifique	<input type="text"/>

14.- ¿Qué resultados generó la aplicación de la Contraloría Social?

15.- Cuántas veces se reunió con las beneficiarias para informarles los resultados que obtuvieron?

**Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:**

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

NOMBRE	CARGO	FIRMA

\_\_\_\_\_  
 Nombre, cargo y firma del Enlace del SMDIF

\_\_\_\_\_  
 Nombre, cargo y firma del representante del SEDIF

\_\_\_\_\_  
 Sello del SMDIF