

**INFORME DEL COMITÉ DE VIGILANCIA CIUDADANA**  
Programa \_\_\_\_\_

**Información prellenada por el Programa**

Nombre del Comité: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Centro Escolar: \_\_\_\_\_  
 Nombre del apoyo vigilado: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado de la cédula: 

DÍA		MES		AÑO	

  
 Período de la ejecución o entrega del beneficio: Del 

DÍA	

MES	

AÑO			

 Clave de la entidad federativa: \_\_\_\_\_  
 Al 

DÍA	

MES	

AÑO			

 Clave del municipio o alcaldía: \_\_\_\_\_  
 Clave de la localidad: \_\_\_\_\_

**Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social**

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Objetivos del Programa                                 | <input type="checkbox"/> 7 Dónde presentar quejas y denuncias                                    |
| <input type="checkbox"/> 2 Beneficios que otorga el Programa                      | <input type="checkbox"/> 8 Derechos y obligaciones de quienes operan el programa                 |
| <input type="checkbox"/> 3 Requisitos para ser beneficiario (a)                   | <input type="checkbox"/> 9 Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as)                     |
| <input type="checkbox"/> 4 Dependencias que aportan los recursos para el Programa | <input type="checkbox"/> 10 Formas de hacer contraloría social                                   |
| <input type="checkbox"/> 5 Dependencias que ejecutan el Programa                  | <input type="checkbox"/> 11 Período de ejecución ( fechas de entrega de los apoyos alimentarios) |
| <input type="checkbox"/> 6 Conformación y funciones del comité o representante    | <input type="checkbox"/> 12 No deseamos responder / No sabemos                                   |

**2. ¿Qué actividades de Vigilancia Ciudadana realizaron como comité?** (pueden elegir más de una opción)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Solicitar información de los apoyos alimentarios           | <input type="checkbox"/> 6 Contestar informes de Vigilancia Ciudadana  |
| <input type="checkbox"/> 2 Verificar el cumplimiento de los apoyos alimentarios       | <input type="checkbox"/> 7 Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as)   |
| <input type="checkbox"/> 3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa       | <input type="checkbox"/> 8 Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos  |
| <input type="checkbox"/> 5 Verificar la entrega a tiempo de los apoyos alimentarios   |  |

**3. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Vigilancia Ciudadana?** (pueden elegir más de una opción)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Para gestionar o tramitar los apoyos alimentarios o servicios del Programa     | <input type="checkbox"/> 6 Para que se atiendan nuestras quejas   |
| <input type="checkbox"/> 2 Para recibir oportunamente los apoyos alimentarios o servicios                 | <input type="checkbox"/> 7 Para que el programa funcione mejor  |
| <input type="checkbox"/> 3 Para recibir mejor calidad en los apoyos alimentarios o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 8 Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as)               | <input type="checkbox"/> 9 No deseamos responder / No sabemos   |
| <input type="checkbox"/> 5 Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (as)                |   |

**4. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Vigilancia Ciudadana:**

- 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 o servicio ¿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. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? Sí  1 No  0
6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? Sí  1 No  0
7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? Sí  1 No  0

**Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: DIF Estatal San Luis Potosí, Nicolás Fernando Torre No. 500, Col. Jardín, S.L.P. Tel 4441515030. Ext.230**

Nombre y firma del/la servidor(a) público que recibe este informe

Nombre y firma del/la integrante del Comité