

## CÉDULA DE VIGILANCIA

RESPONSABLE DEL LLENADO: BENEFICIARIO

FECHA:       
DÍA MES AÑO

CADA BENEFICIARIO ESCRIBIRÁ LOS DATOS GENERALES, DEBERÁ RESPONDER A LAS PREGUNTAS Y ENTREGAR LA CÉDULA AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL CUANDO SE REÚNA CON ÉL. GRACIAS.

DATOS GENERALES:

NÚMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE LE DIERON EL APOYO O RECIBIÓ NOTIFICACIÓN DEL SERVICIO (DÍA/MES/AÑO): \_\_\_\_\_

PERIODO DE DURACIÓN DE LA ENTREGA DEL APOYO:

1) DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
(DÍA/MES/AÑO) (DÍA/MES/AÑO)

2) NO APLICA

ES USTED: 1) HOMBRE  A) SÍ  B) NO 2) MUJER  A) SÍ  B) NO

ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

ESCRIBA SU DOMICILIO \_\_\_\_\_

### EN RELACIÓN AL PROMEP

1. INDIQUE CON UNA X EL TIPO DE APOYO O SERVICIO QUE RECIBIÓ:

A) MONETARIO  B) SERVICIO (RECONOCIMIENTO A PTC CON PERFIL DESEABLE O REGISTRO DE CA)

2. INDIQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU OPINIÓN DEL APOYO O SERVICIO QUE RECIBIÓ:

A) FUE COMPLETO

1) SÍ  2) NO  3) NO SABE  
 4) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

B) ¿SE DIO RESPUESTA EN EL TIEMPO ESTABLECIDO?

1) SÍ  2) NO  3) NO SABE  
 4) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

3. ¿CONOCE LA INFORMACIÓN DEL APOYO O SERVICIO?

A) SÍ  B) NO

4. INDIQUE CON UNA X LA INFORMACIÓN QUE CONOCE:

A) DURACIÓN DEL APOYO  B) FECHAS DE RESPUESTA  C) MONTO TOTAL DE DINERO A RECIBIR  
 D) DÓNDE CANALIZAR LAS QUEJAS Y DENUNCIAS  E) NINGUNA  
 F) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

5. ¿EL PROGRAMA CUMPLE CON LO PROMETIDO CON USTED?

A) SÍ  B) NO  C) NO SABE  
 D) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## CÉDULA DE VIGILANCIA

### EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN

1. LA ATENCIÓN QUE SE LE DIO AL ENTREGARLE EL RESULTADO DE SU SOLICITUD FUE:

- A) BUENA                       B) REGULAR                       C) MALA  
 D) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

2. EL RESULTADO DE SU SOLICITUD SE DIO DE ACUERDO A LAS FECHAS PROGRAMADAS:

- A) SÍ                               B) NO                               C) NO SABE  
 D) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

3. ¿CUÁL FUE EL MONTO DEL APOYO QUE RECIBIÓ? (EN CASO DE QUE SU TRÁMITE FUE UN SERVICIO OMITA RESPONDER)

- A) NO SABE                      B) \$ \_\_\_\_\_

4. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE LA INFORMACIÓN QUE COMPRUEBA LAS GASTOS DEL APOYO?

- A) SÍ                               B) NO                               C) NO SABE  
 D) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

5. ¿CONOCE DE ALGUNA IRREGULARIDAD DURANTE LA ENTREGA DEL APOYO?

- A) SÍ                               B) NO                               C) NO SABE  
 D) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

6. ¿DETECTÓ QUE, DURANTE LA ENTREGA, EL APOYO SE HAYA UTILIZADO PARA OTROS FINES DISTINTOS A SU OBJETIVO?

- A) SÍ, ¿PARA QUÉ FIN SE UTILIZÓ?  \_\_\_\_\_  
 A1) POLÍTICOS                       PRI     PAN     PRD     PVEM     OTRO: \_\_\_\_\_  
 A2) LUCRO                              DESCRÍBALO \_\_\_\_\_  
 A3) OTRO                              ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
 B) NO  
 C) NO SABE

7. INDIQUE CON UNA X LA INFORMACIÓN QUE CONOCE:

- A) LISTA DE PERSONAS QUE RECIBIRÁN EL MISMO APOYO                       D) DÓNDE CANALIZAR SUS QUEJAS Y DENUNCIAS  
 B) LISTA DE PERSONAS QUE RECIBIERON EL MISMO SERVICIO                       E) NINGUNA  
 C) DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO FEDERAL QUE PARTICIPAN                       F) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

8. ¿REQUIERE DE MAYOR INFORMACIÓN PARA VIGILAR LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS?

- A) SÍ                               B) NO                               C) NO SABE  
 D) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## CÉDULA DE VIGILANCIA

9. ¿SOLICITÓ INFORMACIÓN ADICIONAL PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL?

A) Sí ¿A QUIÉN? \_\_\_\_\_

B) No  C) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

10. ¿LE ENTREGARON LA INFORMACIÓN ADICIONAL?

A) Sí INDIQUE EN CUANTO TIEMPO:  A1) UN DÍA  A2) UNA SEMANA  A3) UN MES

B) No  C) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

11. ¿CONSIDERA QUE LOS APOYOS Y/O SERVICIOS SE OTORGAN CON IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

A) Sí  B) No  C) NO SABE

D) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

12. ¿SU INSTITUCIÓN DIFUNDIÓ LAS ACCIONES QUE REALIZA DE CONTRALORÍA SOCIAL?

A) Sí  B) No  C) NO SABE

D) OTRA, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

13. EN SU OPINIÓN ¿QUÉ RESULTADOS SE OBTUVIERON CON LA APLICACIÓN DE LA CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN?

---

---

---

---

### EN RELACIÓN AL PROMEP Y A LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN

1. ¿DESEA PRESENTAR USTED ÉSTA CÉDULA A LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO UNA QUEJA O DENUNCIA SOBRE EL APOYO QUE RECIBIÓ?

A) EN RELACIÓN AL PROMEP

A1) Sí, PRESENTARLA ANTE LA INSTANCIA NORMATIVA  A2) NO

B) EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN

B1) Sí, PRESENTARLA ANTE EL REPRESENTANTE DE CONTRALORÍA SOCIAL DE LA IES  B2) NO

2. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE SU QUEJA O DENUNCIA SOBRE EL APOYO O SERVICIO RECIBIDO?

A) EN RELACIÓN AL PROMEP

A1) FUE INCOMPLETO  A2) LA ENTREGA SE UTILIZÓ PARA HACER PROPAGANDA ELECTORAL

A3) CONDICIONARON LA ENTREGA  A4) NO HAY IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

A5) NO LO ENTREGARON  A6) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

B) EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN

B1) FUE INCOMPLETO  B2) LA ENTREGA SE UTILIZÓ PARA HACER PROPAGANDA ELECTORAL

B3) CONDICIONARON LA ENTREGA  B4) NO HAY IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES

B5) NO LO ENTREGARON  B6) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## CÉDULA DE VIGILANCIA

3. ¿TIENE PRUEBAS O DOCUMENTOS PARA APOYAR SU QUEJA O DENUNCIA?

A) EN RELACIÓN AL PROMEP

A1) SÍ [DEBERÁ PRESENTARLOS ANTE LA INSTANCIA NORMATIVA]  A2) NO

B) EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES DE CONTRALORÍA SOCIAL EN SU INSTITUCIÓN

B1) SÍ [DEBERÁ PRESENTARLA ANTE EL REPRESENTANTE DE CONTRALORÍA SOCIAL DE LA IES]  B2) NO

4. OBSERVACIONES O COMENTARIOS ADICIONALES:

---

---

---

---

NOMBRE Y FIRMA DEL  
RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL  
QUE RECIBE ESTA CÉDULA

---

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO(A)

---

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL RESPONSABLE

---

RFC DEL BENEFICIARIO(A)