Logotipo de la Entidad Federativa
Al 90% respecto al logo de Salud

CÉDULA DE VIGILANCIA

Programa G005 de Regulación y Vigilancia de establecimientos y Servicios de Atención Médica

Responsable del llenado: Integrante del Comité de la contraloría Social

El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca

-

Datos Generales

Número de registro del Comité de Contraloría Social: | | | | | | | | | | | | | | | | |

El Comité lo integran: Número total de Hombres: _____ Número total de Mujeres: _____

Comité constituido en: ___/___/_____ (DIA MES AÑO) Fecha de llenado de la Cédula ____/____/_____ (DIA MES AÑO)

Estado: _____
Municipio: _____
Localidad: _____

Información a llenar por el Programa
Clave del Estado: _____
Clave del Municipio: _____
Clave de la localidad: _____
Clave del Programa: _____

Obra, apoyo o servicio vigilado: _____

Período de la ejecución o entrega del beneficio Del: __ __ (Día) __ __ (Mes) __ __ __ __ (Año) Al __ __ (Día) __ __ (Mes) __ __ __ __ (Año)

1. ¿Recibieron toda la información necesaria para realizar actividades de Contraloría Social?

☐ Sí ☐ No

2. La información que conocen se refiere a:

1 Objetivos del Programa
2 Beneficios que otorga el Programa
3 Requisitos para ser beneficiario (a)
4 Tipo y monto de obras, apoyos o servicios a realizarse
5 Dependencias que aportan los recursos para el Programa
6 Dependencias que ejecutan el Programa
7 Conformación y funciones del comité o vocal
8 Dónde presentar quejas y denuncias
9 Derechos y compromisos de quienes operan el programa
10 Derechos y compromisos de quienes se benefician
11 Formas de hacer la contraloría

3. En caso de no haber recibido información, ¿Solicitaron a la autoridad competente la información necesaria para ejercer actividades de Contraloría social?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (puede elegir más de una opción)

1 Solicitar la información de las obras, apoyos o servicios del Programa
2 Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios
3 Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa
4 Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa
5 Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio
6 Orientar a los beneficiarios para presentar quejas y denuncias
7 Contestar cédulas de vigilancia y/o encuestas
8 Reunirse con servidores (as) públicos y/o beneficiarios (as)
9 Expresar dudas y propuestas a los responsables del Programa

Logotipo de la Entidad Federativa
Al 90% respecto al logo de Salud

CÉDULA DE VIGILANCIA

Programa G005 de Regulación y Vigilancia de establecimientos y Servicios de Atención Médica

Responsable del llenado: Integrante del Comité de la contraloría Social

El Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales y responder las preguntas de conformidad con la información que conozca

5. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué consideran les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (puede elegir más de una opción)

- 1 Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa
- 2 Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios
- 3 Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa
- 4 Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios(as)
- 5 Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios
- 6 Para que se atienden nuestras quejas
- 7 Para que el personal del servicio público cumpla con las obligaciones de rendir cuentas de los recursos del Programa
- 8 Para que el programa funcione mejor

6. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:

6.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen?	Sí ☐	No ☐
6.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?	Sí ☐	No ☐
6.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo?	Sí ☐	No ☐
6.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí ☐	No ☐
6.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente?	Sí ☐	No ☐
6.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?	Sí ☐	No ☐
7 ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos promotores del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios?	Sí ☐	No ☐
8 ¿En la elección de Integrantes de los comités, tienen las mismas posibilidades de ser electos hombres y mujeres?	Sí ☐	No ☐

9. resultados adicionales o explicación de sus respuestas anteriores anotando número correspondiente

Nombre, puesto y firma del personal que recibe esta cédula

Nombre y Firma del (la) Integrante del Comité

Identificación oficial _____