

## CÉDULA DE VIGILANCIA DE APOYO

Programa: **Fondo de Modernización para la Educación Superior (FOMES)**

Fecha de aplicación de la Cédula de Vigilancia:

DÍA		MES		AÑO	

Responsable del llenado: Integrante del Comité de Contraloría Social o el beneficiario.

**El beneficiario o el integrante del Comité de Contraloría Social escribirá los datos generales y después de recibir el apoyo, deberá responder a las preguntas y entregar la Cédula de Vigilancia al Responsable de la Contraloría Social designado en su Institución cuando se reúna con él. Gracias.**

### Datos Generales

Número de registro del Comité: \_\_\_\_\_

Fecha en que otorgaron el apoyo : 

DÍA		MES		AÑO	

Periodo de duración de la entrega del apoyo : del 

DÍA		MES		AÑO	

 al 

DÍA		MES		AÑO	

Estado: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_

Es usted:  1 Hombre  2 Mujer

Escriba su domicilio y teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1. Marque con una "X" la opción que corresponda a su opinión con respecto al apoyo monetario que recibió a través del Programa FOMES.**

a) ¿Fue completo?  1 Sí  2 No    1.1 ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
b) ¿Lo entregaron a tiempo?  1 Sí  2 No    1.2 ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**2. ¿Conoce la información del apoyo?**

1 Sí  2 No

**3. Marque con una "X" el cuadro que indique la información que conoce.**

<input type="checkbox"/> 1 Duración del apoyo	<input type="checkbox"/> 6 Dónde canalizar sus quejas o denuncias
<input type="checkbox"/> 2 Fechas de entrega	<input type="checkbox"/> 7 Dependencias del Gobierno Federal que participan con el apoyo
<input type="checkbox"/> 3 Monto total de dinero a recibir	<input type="checkbox"/> 8 Otro: _____
<input type="checkbox"/> 4 Requisitos para recibir el apoyo	
<input type="checkbox"/> 5 Relación de Dependencias de Educación Superior que recibirán el apoyo	

**4. ¿Requiere más información para vigilar mejor la entrega del apoyo?**

1 Sí  2 No

**4.1 ¿Qué información requiere?** \_\_\_\_\_

**4.2 ¿Solicitó información adicional para realizar las actividades de contraloría social?**

1 Sí    4.3 ¿A quién? \_\_\_\_\_  
 2 No    4.4 ¿Por qué? \_\_\_\_\_



**12.2 ¿Cuál es el motivo de su queja o denuncia sobre el apoyo otorgado?**

- |                            |                          |                            |   |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Fue incompleto           | <input type="checkbox"/> 4 | No hay igualdad entre hombres y mujeres               |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 2 | Condicionaron la entrega | <input type="checkbox"/> 5 | La entrega se utilizó para hacer propoganda electoral |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> 3 | No lo entregaron         | <input type="checkbox"/> 6 | Otro. Especifique _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12.3. ¿Tiene pruebas o documentos para apoyar su queja o denuncia?**

- |                            |    |                       |       |                          |                          |
|----------------------------|----|-----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sí | <b>12.4 ¿Cuáles?</b>  | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | No | <b>12.5 ¿Por qué?</b> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. ¿El Programa cumple con lo comprometido?**

- |                            |    |                       |       |                          |                          |
|----------------------------|----|-----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sí | <b>13.1 ¿Por qué?</b> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | No | <b>13.2 ¿Por qué?</b> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14. En su opinión ¿qué resultados obtuvo con la aplicación de la contraloría social?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.1 ¿Informó a su comunidad sobre los resultados de contraloría social que obtuvo?**

- |                            |    |                             |       |                          |                          |
|----------------------------|----|-----------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sí | <b>14.2 ¿De qué manera?</b> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | No | <b>14.3 ¿Por qué?</b>       | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del integrante del Comité de Contraloría Social o del beneficiario que elaboró la Cédula de Vigilancia

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del servidor público que recibe la Cédula de Vigilancia