

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

13. ¿El Programa cumple con lo comprometido?

- | | | | | | |
|----------------------------|----|-----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Sí | 13.1 ¿Por qué? | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | No | 13.2 ¿Por qué? | _____ | <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 | 14.2 ¿De qué manera? | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 | No | 14.3 ¿Por qué? | _____ | <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