

## 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?** \_\_\_\_\_

4.5 ¿Le entregaron la información?

1 Sí 4.6 ¿Cuándo se la entregaron? DÍA MES AÑO 2 No 4.7 ¿Por qué?

5. La atención que le brindó el responsable de entregar el apoyo fue:

1 Buena 2 Regular 3 Mala 5.1 ¿Cómo fue el trato? 5.2 ¿Cómo fue el trato?

6. ¿Algún empleado de gobierno le trató mal o se ha negado a atenderlo?

2 No 1 Sí 6.1 Describa como fue el trato. 6.2 Mencione el nombre del empleado. 6.3 Mencione dónde se localiza el empleado. 6.4 Desea presentar usted esta Cédula a la autoridad competente como una queja o denuncia sobre el servicio que recibió. 6.5 ¿Por qué? 6.6 ¿Por qué? 6.7 ¿Tiene pruebas o documentos para apoyar su queja o denuncia? 1 Sí 2 No

7. ¿El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?

1 Sí 2 No 7.1 ¿Por qué?

8. ¿Cuál fue el monto del apoyo que se otorgó?

1 \$ 2 No sabe

9. ¿Tiene conocimiento de la documentación para comprobar los gastos del apoyo?

1 Sí 10.1 ¿Cuáles? 2 No 10.2 ¿Por qué?

10. ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega del apoyo?

1 No 2 Sí 10.1 Escriba de qué se trata

10.2 ¿Detectó que durante la entrega el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?

1 Sí 2 No

10.3 ¿Para qué fin se utilizó?

1 Políticos 10.4 ¿A qué partido correspondía? 2 Lucro 10.5 ¿Describalo? 3 Otro. Especifique

11. ¿Considera que el Programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?

1 Sí 12.1 ¿Por qué? 2 No 12.2 ¿Por qué?

12. ¿Desea presentar usted esta cédula a la autoridad competente como una queja o denuncia sobre el apoyo que se entregó?

1 Sí 12.1 ¿Por qué? 2 No, pase a la Pregunta No. 13

**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