

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



