

## CÉDULA DE VIGILANCIA DE APOYO

**Programa: Fondo de Inversión de Universidades Públicas Estatales con Evaluación de la ANUIES (FIUPEA)**

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 FIUPEA.**

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