|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |
|  | **Anexo 3**  **MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020 PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020** | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA REUNIÓN** | | | |
| Nombre de la Institución que ejecuta el programa: |  | | |
| Nombre del Programa: |  | | |
| Tipo de apoyo: |  | | |
| Ejercicio Fiscal del Recurso: | 2020 | | |
| Periodo de Ejecución: |  | | |
| Estado: |  | Fecha: |  |
| Nombre Municipio: |  | Clave Municipio |  |
| Nombre Localidad: |  | Clave Localidad |  |

**Descripción del apoyo (conforme al anexo de ejecución y desglosar montos por proyecto):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción del Proyecto** | **Monto** |
| 1.- |  |
| 2.- |  |
| 3.- |  |
| **Monto Total del Apoyo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** | |
| **Nombre:** |  |
| **Fecha de Registro (SICS):** |  |
| **Número de Registro SICS)\*:** |  |

**\*Aplica a partir de la 2ª minuta, en la primera minuta se deja en blanco.**

**OBJETIVO DE LA REUNIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

**PROGRAMA DE LA REUNIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN:**

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

|  |
| --- |
|  |

1. Comentarios adicionales e inquietudes de los integrantes del Comité:

|  |
| --- |
|  |

1. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Cuántas recibió en forma escrita?** | | **Escribir a qué se refieren (en caso de no recibir ninguna, poner NINGUNA)** |
| Denuncias: |  |  |
| Quejas: |  |  |
| Peticiones: |  |  |

**ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Actividades** | **Fecha** | **Responsable** |
| **Acuerdo:** |  |  |  |
| **Compromiso:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ASISTENTES EN LA REUNIÓN:** | | | | | | | |
|  | Tipo de asistente (del 1 al 6) | Nombre | Cargo | Sexo  (H o M) | Teléfono | Correo Electrónico | Firma | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Nota: En caso de más asistentes insertar más renglones o utilizar el formato 3A Lista de asistencia.** | | | | | | | |
| **Tipo de asistente:**   1. Representante Federal o Estatal. 2. Representante del OEC o OIC. 3. Responsable de CS de la Instancia Ejecutora e Instructor. 4. Integrantes del Comité de Contraloría Social. 5. Beneficiarios. 6. Otros asistentes. | | | | | | | |

**COMENTARIOS ADICIONALES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descripción | Monto ($) | Avance (%) |
|  |  |  |

**Nota: En el caso de que la reunión sea de supervisión del Gasto, favor de poner el monto gastado acumulado del total autorizado y el % de avance acumulado.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:*** | | | | | | | | |
|  | ***Contacto*** | | | ***Nombre de Contacto*** | | ***Teléfono*** | | ***Correo electrónico*** | |
|  | ***Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades \*\**** | | |  | |  | |  | |
|  | ***Representante de las personas beneficiarias\*\*\**** | | |  | |  | |  | |
|  | | **Firmas** | | | | | | | |  |
| Responsable de Contraloría Social en la IE | | |  | | Representante del Comité  de Contraloría Social | |  | | Beneficiario del Programa |

**Nota: Este documento, debe ser registrado en PDF y capturado por el Responsable Institucional en el Sistema Informático de Contraloría Social (SICS).**