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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Instancia Ejecutora:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tema de Reunión:** |  | **Fecha:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marca con una X el tipo de reunión:** | | | | | | | |
| **Asesoría** |  | **Capacitación** |  | **Seguimiento a CS del Programa** |  | **Otro** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASISTENTES EN LA REUNIÓN:** | | | | | | |
| Tipo de asistente (del 1 al 6) | Nombre | Cargo | Sexo  (H o M) | Teléfono | Correo Electrónico | Firma |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| **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. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***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 (RCS)*** |  |  |  |
| ***Representante de las personas beneficiarias (Representante del Comité de CS)*** |  |  |  |