|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Anexo 3****MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020 PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA (PFCE) 2019** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA REUNIÓN** |
| Nombre de la Institución que ejecuta el programa: |  |
| Nombre del Programa: |  |
| Tipo de apoyo: |  |
| Ejercicio Fiscal del Recurso: | 2019 |
| 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 Comitéde 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).**