

| 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:

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

3. 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 |
|--|--------------------|----------|--------------------|
| <i>Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades **</i> | | | |
| <i>Representante de las personas beneficiarias***</i> | | | |

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).