

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

de los Programas Federales: Programa Nacional de Inglés (PRONI) y Programa Expansión de la Educación Inicial (PEEI)

EJERCICIO FISCAL			Fecha de la reunión:	/ /	
SEDE O DOMICILIO EN DONDE SE REALIZÓ LA REUNIÓN	Entidad Federativa	Municipio/Alcaldía	Localidad/Comunidad	Calle y Número, Colonia y Código Postal	
NOMBRE DE LA REUNIÓN					
MOTIVO DE LA REUNIÓN (Constitución del CCS, capacitación, asesoría, seguimiento, llenado del informe del Comité de Contraloría Social, reunión para expresar opiniones, necesidades, quejas, denuncias, entre otras)					
TIPO Y MODALIDAD DE REUNIÓN (Marque con una X)	Estatal <input type="checkbox"/>	Regional <input type="checkbox"/>	Local <input type="checkbox"/>	Presencial <input type="checkbox"/>	Virtual <input type="checkbox"/>
FIGURAS DESTINATARIAS DE LA REUNIÓN (Marque con una X)	Integrantes de los Comités de CS <input type="checkbox"/>	Servidoras(es) públicos <input type="checkbox"/>	Miembros de la comunidad escolar <input type="checkbox"/>	Otras. Especifique: <input type="checkbox"/>	
PROGRAMA FEDERAL SOBRE EL QUE SE REALIZA LA REUNIÓN (Marque con una X)	Programa Nacional de Inglés (PRONI) <input type="checkbox"/>	Programa Expansión de la Educación Inicial (PEEI) <input type="checkbox"/>	Otro, especifique: <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	

I. PERSONAS FUNCIONARIAS PÚBLICAS QUE ASISTIERON (EECS, CLP PRONI, CLP PEEI, AEL, DIRECTIVOS(AS), DOCENTES, OEC, ETC -ESPECIFIQUE-)		
Nombre completo de la o el funcionario	Cargo	Firma

II. PERSONAS BENEFICIARIAS QUE ASISTIERON (Madres y padres de familia, tutoras(es), alumnas(os), Integrantes de la comunidad escolar, etcétera)	
Nombre completo de la o el beneficiario	Firma o huella

III. COMITÉS QUE ASISTIERON		
No.	Nombre del Comité de Contraloría Social	Clave de Registro del Comité de Contraloría Social

IV. INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE ASISTIERON					
No.	Nombre del Comité de Contraloría Social	Nombre de la o el integrante del Comité (Se deben incluir a todos los integrantes de cada CCS asistente)	Asistió		Firma o huella
			Sí	No	

TEMA(S) TRATADO(S) EN LA REUNIÓN (Descripción breve)	1. 2. 3.
--	----------------

LA REUNIÓN FUE PRESIDIDA POR UNA PERSONA FUNCIONARIA PÚBLICA

NO	Sí. Especifique:	Nombre completo, procedencia y cargo. Teléfono y correo electrónico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma

¿SE ENTREGÓ MATERIAL A LAS PERSONAS ASISTENTES A LA REUNIÓN?
NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Especifique:

PETICIONES CIUDADANAS, QUEJAS O DENUNCIAS RELACIONADAS CON EL PROGRAMA RESPECTIVO U OTRAS NECESIDADES, OPINIONES E INQUIETUDES EXPRESADAS POR LAS Y LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL (CCS), LAS PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA O LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS.

Registre lo expresado, indicando quién o quiénes lo manifiestan (elija la(s) opción(es) que corresponde(n). Puede elegir más de una opción:

- Integrante del Comité de Contraloría Social
- Person(s) beneficiaria del PRONI o PEEI (elija el programa)
- Persona(s) servidora(s) públicas(s)
- Otra(o). Especificue

V. ACUERDOS*

Nota 1. Solamente firmarán las y los responsables de realizar las actividades comprometidas en los acuerdos de la reunión.

Nota 2. En las reuniones destinadas específicamente para los Comités de CS se incluirán, en la firma de Acuerdos, a las o los Coordinadores de los Comités presentes en la reunión.

DESCRIPCIÓN DEL ACUERDO	RESPONSABLE DEL ACUERDO (S) Nombre(s) y apellido(s). Cargo en el CCS, como servidora o servidor público o persona beneficiaria del Programa	FECHA COMPROMISO	FIRMA O HUELLA

*Agregar las filas que se consideren necesarias.

Notas:

1. El **registro de asistencia** de todas las personas asistentes a la reunión (integrantes del CCS, personas servidoras públicas, beneficiarias(os) de los Programas Federales u otros) se realizará en el formato "**Minuta de Reunión del Comité de Contraloría Social**" y el cual deberá ser debidamente llenado y entregado a la servidora o servidor público encargado de recopilar la información.

2. El Comité de Contraloría Social deberá resguardar en la escuela beneficiada, el **expediente** con la documentación e información original que respalda el desarrollo de sus actividades de operación de la contraloría social, debidamente firmados por las instancias correspondientes, de conformidad con la operatividad y normatividad de la Instancia Ejecutora, de la Instancia Normativa o del Programa, según sea el caso.

MTRA. ÁNGELA SUÉ GONZÁLEZ GARZA

Nombre completo y firma de la persona servidora pública responsable de la reunión del Comité de Contraloría Social

Cargo de la persona servidora pública:

ENLACE ESTATAL DE CONTRALORÍA SOCIAL

Teléfono :

834 318 91 01, extensión 56211

Correo electrónico:

contraloria.social.ue@set.edu.mx

"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"
Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciada/o y sancionada/o de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente