|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **Anexo 3****MINUTA DE REUNIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL 2021 PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS ESTATALES (PSODE) 2021** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA REUNIÓN** |
| Nombre de la Institución que ejecuta el programa: |  |
| Nombre del Programa: |  |
| Reunión (presencial o virtual): |  |
| Tipo: Apoyo, obra o servicio: |  |
| Ejercicio Fiscal del Recurso: |  |
| Estado: |  | Fecha:  |  |
| Nombre Municipio: |  | Clave Municipio |  |
| Nombre Localidad: |  | Clave Localidad |  |

 **Descripción del recurso trimestral (de acuerdo con el Convenio Específico de la universidad):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aportación Federal** | **Monto** |
| 1. Trimestre
 |  |
| 1. Trimestre
 |  |
| 1. Trimestre
 |  |
| **Monto Total Anual** |  |

|  |
| --- |
| **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 asistentes** | **Nombre** | **Cargo** | **Sexo (H o M)** | **Teléfono/Ext.** | **Correo electrónico** | **Firma** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Nota: En caso de más asistentes insertar más renglones.**

|  |
| --- |
| **Tipo de asistente:**1. Funcionario.
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 FINALES DE LA REUNIÓN:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descripción | Monto ($) | Avance (%) |
|  | Aportación Federal Anual  |  |

**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** | **Teléfono** | **Correo electrónico** |
| **Responsable del CS** |  |  |  |
| **Responsable del Comité de CS** |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Firma del (la) Responsable de Contraloría Social*** |

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