|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo 3****MINUTA DE REUNIÓN** **PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS (PROFOCIE) 2014** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Institución Educativa:** |  |

|  |
| --- |
| DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL |
| Nombre: |  |
| Número de Registro: |  |

**DATOS DE LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Estado: |  | Fecha:  |  |
| Municipio: |  |  |  |
| Localidad: |  |  |  |
| Institución que ejecuta el programa: |  |
| Nombre del Programa: |  |
| Tipo de apoyo: |  |

Descripción del apoyo:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
| Denuncias: |  |  |
| Quejas: |  |  |
| Peticiones: |  |  |

**ACUERDOS Y COMPROMISOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES  | FECHA  | RESPONSABLE  |
|  |  |  |

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Institución/Comité  | Nombre  | Cargo | Correo electrónico | Firma  |
| Representante Federal (Responsable de CS) |  |  |  |  |
| Comité de Contraloría Social |  |  |  |  |
| Otros asistentes |  |  |  |  |

**Nota: En caso de que no sean suficientes las filas, favor de insertar cuantas sean necesarias.**

**COMENTARIOS ADICIONALES**

|  |
| --- |
|  |