

DATOS DE LA REUNIÓN			
Nombre de la Institución que ejecuta el programa:	Universidad Tecnológica Metropolitana de Aguascalientes		
Nombre del Programa:	PROFEXCE 2020		
Tipo de apoyo:	Financiero		
Ejercicio Fiscal del Recurso:	2020		
Periodo de Ejecución:	Noviembre 2020 a Diciembre 2020		
Estado:	Aguascalientes	Fecha:	14 de enero de 2021
Nombre Municipio:	Aguascalientes	Clave Municipio	001
Nombre Localidad:	Aguascalientes	Clave Localidad	0001

**Descripción del apoyo (conforme al anexo de ejecución y desglosar montos por proyecto):**

Descripción del Proyecto	Monto
1.- Inclusión y Equidad Educativa	\$152,400.00
2.-	
3.-	
<b>Monto Total del Apoyo</b>	<b>\$152,400.00</b>

**DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Nombre:	Universidad Tecnológica Metropolitana de Aguascalientes-CCS PROFEXCE 2020
Fecha de Registro (SICS):	19 de noviembre de 2020
Número de Registro SICS)*:	2020-11-5300-514-01-001-0001-1/1

\*Aplica a partir de la 2ª minuta, en la primera minuta se deja en blanco.

**OBJETIVO DE LA REUNIÓN:**

Presentar el reporte final de quejas y denuncias.

**PROGRAMA DE LA REUNIÓN:**

1. Bienvenida
2. Registro de Asistencia
3. Presentación del Reporte final de quejas y denuncias
4. Asuntos generales
5. Cierre

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN:**

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

Los miembros del comité manifestaron satisfechos por el trabajo realizado.

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

Los miembros del comité manifestaron que durante la ejecución e implementación del proyecto no se presentaron quejas ni denuncias.

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:	Ninguna	Ninguna
Quejas:	Ninguna	Ninguna
Peticiones:	Ninguna	Ninguna

**ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

Tipo	Actividades	Fecha	Responsable
<b>Acuerdo:</b>	Presentar la conclusión y cierre del proyecto	15 - ene 2021	Responsable de Contraloría Social
<b>Compromiso:</b>	Continuar con la difusión de las actividades en la comunidad Universitaria	Permanente	Responsable de Contraloría Social

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 (%)
Se continuará con las actividades de seguimiento durante la ejecución del monto autorizado.		

**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 **	Marisol Cortés Martínez	4499253920 ext 106	mcortes@utma.edu.mx
Representante de las personas beneficiarias***	Jaime Damián García	4499253920 ext 116	jd Damian@utma.edu.mx

Responsable de Contraloría Social en la IE

**Firmas**

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).



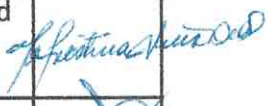
**Anexo 3A**  
**LISTA DE ASISTENCIA DE CONTRALORÍA SOCIAL 2020**  
**PROGRAMA FORTALECIMIENTO A LA EXCELENCIA**  
**EDUCATIVA (PROFEXCE) 2020**

<b>Nombre de la Instancia Ejecutora:</b>	Universidad Tecnológica Metropolitana de Aguascalientes
--	---

<b>Tema de Reunión:</b>	Reporte Final de OIGIAS y DENUNCIAS.	<b>Fecha:</b>	11.ENE.2021
-------------------------	--------------------------------------	---------------	-------------

<b>Marca con una X el tipo de reunión:</b>					
Asesoría	<input type="checkbox"/>	Capacitación	<input type="checkbox"/>	Seguimiento a CS del Programa	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

<b>Datos de contacto de los servidores públicos involucrados y de los beneficiarios: del proyecto:</b>			
Contacto	Nombre de Contacto	Teléfono	Correo electrónico
Representante de los servidores públicos involucrados en las actividades (RCS)	Marisol Cortés Martínez	4499253920 ext-106	mcortes@utma.edu.mx
Representante de las personas beneficiarias (Representante del Comité de CS)			

<b>ASISTENTES EN LA REUNIÓN:</b>						
Tipo de asistente (del 1 al 6)	Nombre	Cargo	Sexo (H o M)	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
4	Lianismary Alonso Hernández	Asistente Académico	M	4499253920 ext-117	lalonso@utma.edu.mx	
4	Jorge Tito Yáñez	Jefe de Carrera de Mecatrónica	H	4499253920	jyanez@utma.edu.mx	
4	José Antonio Torres Esqueda	Coordinador Jurídico	H	4499253920 ext-105	jtorres@utma.edu.mx	
4	María Cristina Niño de la Selva	Jefe de Vinculación	M	4499253920 ext-119	cnino@utma.edu.mx	
4	María Eugenia Salazar Gutiérrez	Coordinador de Servicios Escolares	M	4499253920 ext-110	msalazar@utma.edu.mx	

**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.

