

<b>DATOS DE LA REUNIÓN</b>			
Nombre de la Institución que ejecuta el programa:	Universidad Tecnológica del Norte de Coahuila		
Nombre del Programa:	Programa de Fortalecimiento a la excelencia educativa (PROFEXCE)		
Tipo de apoyo:	Financiero		
Ejercicio Fiscal del Recurso:	2020		
Periodo de Ejecución:	01/Oct/2020 al 31/Dic/2020		
Estado:	Coahuila	Fecha:	29/Oct/2020
Nombre Municipio:	Nava	Clave Municipio	25
Nombre Localidad:	Nava	Clave Localidad	1

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

<b>Descripción del Proyecto</b>	<b>Monto</b>
1.- Apoyo Financiero para la mejora de la calidad de los programas educativos de Técnico Superior Universitario e Ingeniería de la UTNC, en el marco del PROFEXCE 2020	\$152,400.00
2.-	
3.-	
<b>Monto Total del Apoyo</b>	

<b>DATOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL</b>	
<b>Nombre:</b>	Universidad Tecnológica del Norte de Coahuila.
<b>Fecha de Registro (SICS):</b>	
<b>Número de Registro SICS)*:</b>	

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

**OBJETIVO DE LA REUNIÓN:**

SUPERVISAR QUE SE HAYAN REALIZADO TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PITCS

**PROGRAMA DE LA REUNIÓN:**

- 1.- Bienvenida
- 2.- Objetivo de la reunión.
- 3.- Preguntas y Respuestas
- 4.- Generación de firmas y actas
- 5.- Atención de quejas y denuncias
- 6.- Cierre

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN:**

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

Ninguna

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

Ninguna

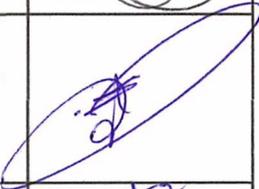
3. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité.

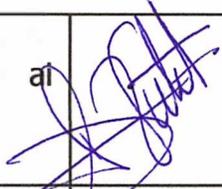
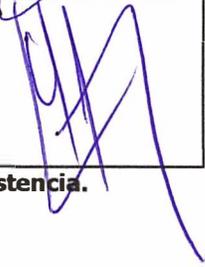
¿Cuántas recibió en forma escrita?	Escribir a qué se refieren (en caso de no recibir ninguna, poner NINGUNA)	
Denuncias:	Ninguna	
Quejas:	Ninguna	
Peticiones:	Ninguna	

**ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

Tipo	Actividades	Fecha	Responsable
Acuerdo:	AL REVISAR EL PLAN DE TRABAJO DE C.S. EFECTIVAMENTE SE LLEVAN ACABO LAS ACTIVIDADES, COMO ESTAN PROGRAMADAS EN EL PITCS, CUMPLIENDO REQUISITOS, PARA EL REGISTRO DEL COMITÉ Y LLEVANDO ACABO TODAS LAS REUNIONES.		CONTRALORIA SOCIAL
Compromiso:	SUBIR AL SICS REUNION		RESPONSABLE DE CONTRALORIA SOCIAL

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN:**

Tipo de asistente (del 1 al 6)	Nombre	Cargo	Sexo (H o M)	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
3	Lic. David Díaz Guerra	Abogado General	H			
4	Ing. José Alfredo Martínez Mercado	Profesor de Tiempo Completo	H			
4	Ing. José Santiago Martínez Soto	Profesor de Tiempo Completo	H			

4	Ing. Diana Isabel Valdés Guajardo	Profesor de Tiempo Completo	M			ai	
4	Lic. Yadira Garanzuay Cervantes	Jefe de Oficina	M				

**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 (%)
NINGUNA		

**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>	Lic. David Díaz Guerra		
<i>Representante de las personas beneficiarias***</i>	Ing. José Alfredo Martínez Mercado		

  
 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).**