



**ANEXO 3: MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE INGLÉS PRONI**

**EJERCICIO FISCAL 2025**

**Fecha:**     /     /

**CONSIDERACIONES**

- a)** La presente Minuta de Reunión del Comité de Contraloría Social (CCS) se entregará debidamente llenada y firmada a la servidora o servidor público designado para tales fines.
- b)** Este formato no deberá contener tachaduras o enmendaduras.

**Tipo de reunión:**    **Virtual** \_\_\_\_\_                      **Presencial** \_\_\_\_\_                      **Mixta** \_\_\_\_\_

**Nombre del Comité de Contraloría Social y clave proporcionada por el Programa.**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Lugar de la reunión:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Entidad Federativa:</b>            |  |
| <b>Municipio/Alcaldía</b>             |  |
| <b>Localidad/Colonia</b>              |  |
| <b>Calle, número, y Código Postal</b> |  |
| <b>Motivo de la reunión:</b>          |  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Temas tratados:</b> |  |
|------------------------|--|



| Acuerdos de la reunión: |                         |                  |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Descripción del acuerdo | Responsable del acuerdo | Fecha compromiso |
|                         |                         |                  |
|                         |                         |                  |
|                         |                         |                  |

¿Se recibieron quejas o denuncias en la reunión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fue turnada a alguna autoridad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A quién(es) fue turnada?

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| Vía correspondencia a la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno   |  |
| Vía telefónica a la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno        |  |
| De manera presencial en la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno |  |
| Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas (SIDECE)                    |  |
| Mecanismos establecidos por el Programa                              |  |
| Mecanismos de los Órganos Internos de Control                        |  |
| Mecanismos de los Órganos Estatales de Control                       |  |
| Otro (especifique):                                                  |  |

**Peticiones ciudadanas, quejas, denuncias, sugerencias u opiniones relacionadas con el Programa respectivo expresadas por las personas integrantes del Comité de Contraloría Social y/o por las personas beneficiarias.**

Registre lo expresado, indicando quién o quiénes lo manifiestan (integrante del Comité, persona beneficiaria, persona servidora pública, otros -especifique-)

|  |
|--|
|  |
|--|

**Comentarios:**

|  |
|--|
|  |
|--|

## Resumen de participantes

| Figura participante:                | Número de hombres | Número de mujeres | Total |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Persona servidora pública federal   |                   |                   |       |
| Persona servidora pública estatal   |                   |                   |       |
| Persona servidora pública municipal |                   |                   |       |
| Integrante(s) de Comité             |                   |                   |       |
| Personas beneficiarias              |                   |                   |       |
| Otra Figura                         |                   |                   |       |
| <b>Total</b>                        |                   |                   |       |

### Lista de participantes:

### Persona(s) servidora(s) públicas federales

| Nombre | Cargo | Hombre | Mujer | Firma |
|--------|-------|--------|-------|-------|
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |

### Persona(s) servidora(s) públicas estatales

[illegible]

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

### Persona(s) servidora(s) públicas municipales

| Nombre | Cargo | Hombre | Mujer | Firma |
|--------|-------|--------|-------|-------|
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |

### Integrantes del Comité de Contraloría Social

| Nombre | Cargo | Hombre | Mujer | Firma |
|--------|-------|--------|-------|-------|
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |
|        |       |        |       |       |

## Personas beneficiarias

[illegible]



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| Otra figura |                     |        |       |       |
|-------------|---------------------|--------|-------|-------|
| Nombre      | Cargo o procedencia | Hombre | Mujer | Firma |
|             |                     |        |       |       |
|             |                     |        |       |       |
|             |                     |        |       |       |

**Datos de la persona servidora pública responsable de la reunión del Comité de Contraloría Social**

**Nombre completo:**

**Cargo:**

**Datos de contacto (teléfono y correo institucional)**

**Firma**

***"Este programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"***