

**MINUTA DE REUNIÓN**

**DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN**

| DEPENDENCIAS |
|--------------|
|              |

| COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL |
|------------------------------|
|                              |

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Lugar

Físico

Estado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Dependencia 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

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

2. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité.

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

3. 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**

| Dependencia/Comité   | Nombre | Cargo | Correo electrónico | Firma |
|--|--------|-------|--------------------|-------|
| Representante Federal  |        |       |                    |       |
| Comité de Contraloría Social   |        |       |                    |       |
| Beneficiario   |        |       |                    |       |
| En su caso, Dependencias ejecutoras (Dependencias estatales o municipales) |        |       |                    |       |