

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL
COMPONENTE CENTROS GERONTOLÓGICOS
COMPONENTE CAMPAMENTOS RECREATIVOS
Anexo III

MINUTA

Fecha: _____

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)

Dependencia que ejecuta el programa: _____

Programa Social: Programa de Servicios de Asistencia Social Integral

Nombre del Campamento Recreativo o Centro Gerontológico: _____

Estado: _____

Municipio: _____ Fecha de Constitución del Comité

localidad: _____

II.- Nombre y descripción de los servicios recibidos: (Puede señalar mas de una opción)

El tipo de servicio que recibe es:
 Alojamiento Alimentación Recreación

El servicio recibido consiste en:

III.- Objeto de la Reunión

IV.- Programa de la Reunión.

V.- Resultados de la Reunión

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL
COMPONENTE CENTROS GERONTOLÓGICOS
COMPONENTE CAMPAMENTOS RECREATIVOS
Anexo III

MINUTA

Fecha: _____

2. Opciones 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		

VI.- Acuerdos y compromisos

Actividades	Fecha de Cumplimiento	Responsable

VII.- Asistentes en la reunión

Dependencia / Comité	Nombre	Edad	Cargo	Correo Electrónico	Firma
Representante Federal					
Comité de Contraloría Social					
Beneficiarios					
En su caso instancia ejecutora					