

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

MINUTA

Fecha: 

--	--	--

I.- Datos Generales

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

Institución que ejecuta el programa: \_\_\_\_\_

Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del Comité: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Constitución del Comité

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

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

--	--	--

II. Objetivo del proyecto:


III.- Objetivo de la Reunión


IV.- Programa de la Reunión


V.- 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		

**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, dependencias ejecutoras (SEDIF, SMDIF, Osc)					