**Anexo III**

**MINUTA DE REUNIÓN**

**PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD**

**SUBPROGRAMA DE APOYOS A PERSONAS EN ESTADO DE VULNERABILIDAD**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPENDENCIA** |  | **COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** |
| Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |  |  |

**Datos de la reunión**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado:** |  | | |  |  |  |
| **Municipio:** |  | | | **Fecha de Reunión** | | |
| **Localidad:** |  | | |  |  | |
| **Dependencia que ejecuta el programa:** | | | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | | | |
| **Nombre del Programa:** | | Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad  Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Vulnerabilidad | | | | |
| **Tipo de apoyo:** | | (Marque con una X el cuadro que corresponda) | | | | |
|  | | Apoyos para Acogimiento Residencial Temporal | | | | |
|  | | Apoyos Directo Económico Temporal | | | | |
|  | | Apoyos Directo en Especie | | | | |

|  |
| --- |
| **Descripción del apoyo:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivo de la reunión:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Programa de la reunión.** |
|  |

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN**

1. **Necesidades expresadas por los integrantes del Comité**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité.**

|  |
| --- |
|  |

1. **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) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |