

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

MINUTA

Fecha:

--	--	--

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: (Enlace 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)					