



**Programa de Servicios de Asistencia Social Integral**

**MINUTA**

Fecha:

--	--	--

**I.- Datos Generales**

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

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

Programa Social: Programa de Servicios de Asistencia Social Integral

Nombre del Comité: \_\_\_\_\_

Nombre del Componente o Centro: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Constitución del Comité

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

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

--	--	--

**II. Nombre y descripción de los servicios:**


**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)					