

**Programa de Servicios de Asistencia Social Integral**

**MINUTA**

Fecha:

--	--	--

**I.- Datos Generales**

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

Datos de contacto: Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

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	Dirección, teléfono y correo electrónico	Firma
Instancia Ejecutora					
Integrante del CCS					
Beneficiario					