|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL****(ANEXO 5)****Programa para la Atención Educativa****de la Población Escolar Migrante****2020** |  |

 |
| El/la Responsable estatal del Comité de Contraloría Social deberá llenar los datos generales del Comité, los datos generales de la reunión y firmarla,  |
| 1. **DATOS DE LA REUNIÓN**
 |
|

|  |
| --- |
| Estado: |
| Municipio: |
| Localidad: |
| Dependencia que opera el Programa: |
| Tipo de Apoyo: |

**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 a la Reunión** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dependencia/comité | Nombre | Cargo | Correo electrónico | Teléfono | Firma |
| Representante Federal |  |  |  |  |  |
| Comité de Contraloría Social |  |  |  |  |  |
| Beneficiario |  |  |  |  |  |
| Dependencias estatales o municipales |  |  |  |  |  |

 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Nombre, cargo y firma delResponsable Estatal de Contraloría Social que recibe esta Cédula |