



Anexo 2 - Minuta de Reunión

DEPENDENCIAS

COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

I. DATOS DE LA REUNIÓN

Entidad: _____ NAYARIT _____ Fecha: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Dependencia que ejecuta el programa: _____ SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA SEDIF NAYARIT _____

Nombre del Programa: PROGRAMA SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO

Tipo de apoyo: _____

DESCRIPCIÓN DEL APOYO

--

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

--

PROGRAMA DE LA REUNIÓN

--



RESULTADOS DE LA REUNIÓN

1. Necesidades expresadas por las/los integrantes del Comité

2. Opiniones e inquietudes de las/los integrantes del Comité

3. Observaciones realizadas

4. Denuncias, quejas y peticiones que presentan las y 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

Firman sólo quienes asistieron a la reunión; basta con la firma de uno por dependencia o del comité; en caso de que no figuren todos se deja en blanco; se podrá eliminar o cancelar aquellas filas que no se utilicen.

DEPENDENCIA /COMITÉ	NOMBRE	CARGO	TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Comité de Contraloría Social				
Beneficiario/a (os/as)				
Servidor(a) Público del SEDIF				
Promotor(a) Estatad o Municipal				
Comisariado Ejidal				
Otro				