|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior** | | |
| **ANEXO 4**  **MINUTA DE REUNIÓN** | | |
| **DEPENDENCIAS Y COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN** | | |
| **DEPENDENCIAS** |  | **COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** |
|  |  |  |
| Datos de la Reunión |  |  |
| Estado: |  | Fecha: |
| Municipio: |  |  |
| Localidad: |  |  |
| Nombre de la Ejecutora: |  |  |
| Apoyo o Servicio Otorgado: |  |  |
| Objetivo de la Reunión: |  |  |
|  |  |  |
| **TEMAS A TRATAR EN LA REUNIÓN** |  |  |
|  |  |  |
| **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 |  |  |

# ACUERDOS Y COMPROMISOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES | FECHA | RESPONSABLE |
|  |  |  |

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPENDENCIA /  COMITÉ | NOMBRE | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA |
| Representante del Órgano Estatal de Control |  |  |  |  |
| Comité de Contraloría Social |  |  |  |  |
| Beneficiarios (as) |  |  |  |  |
| Instancia Ejecutora (RCS) |  |  |  |  |