|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **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: QUINTANA ROO | | 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 del  Responsable Estatal de Contraloría Social que recibe esta Cédula |