

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EJERCICIO FISCAL: 2023

MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Tipo de reunión: Virtual _____ Presencial _____

| | |
|------------------------------|--|
| Fecha de la Reunión: | |
| Lugar de la Reunión: | |
| Entidad Federativa: | |
| Municipio: | |
| Localidad: | |
| Motivo de la Reunión: | |

1) FUNCIONARIOS QUE ASISTIERON:

| Nombre del Funcionario | Cargo | Firma |
|-------------------------------|--------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2) BENEFICIARIOS QUE ASISTIERON:

| Nombre del Beneficiario | Firma |
|--------------------------------|--------------|
| | |
| | |

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

3) COMITÉS QUE ASISTIERON:

Nombres de los Comités (Incluir el nombre del comité)

INTEGRANTES DEL COMITÉ QUE ASISTIERON:

| Nombre del Integrante del Comité | Asistió | Firma |
|----------------------------------|---------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4) TEMAS TRATADOS EN LA REUNIÓN: (Describir los temas tratados en la reunión)

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

5) ACUERDOS



SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



COLIMA
Gobierno del Estado

DIF
ESTATAL COLIMA



**CONTRALORÍA
SOCIAL**

| Descripción del Acuerdo | Responsable del Acuerdo | Fecha Compromiso |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Firma

Servidor público responsable de la reunión:

Cargo del servidor público:

Teléfono:

Correo:

***Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.***

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".