



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SNDIF**  
SISTEMA NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA



**COLIMA**  
Gobierno del Estado

**DIF**  
ESTATAL COLIMA

## Minuta de Reunión

DEPENDENCIAS ASISTENTES

NOMBRE DE LA LOCALIDAD

### I. DATOS DE LA REUNIÓN

**Entidad:**

**Municipio:**

**Programa:**

**Tipo de apoyo:**

**Fecha:**

---



---



---



---



---

### DESCRIPCIÓN DEL APOYO

--

### OBJETIVO DE LA REUNIÓN

--

### PROGRAMA DE LA REUNIÓN

--



### RESULTADOS DE LA REUNIÓN

1. Necesidades expresadas por las personas 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

	Total	Breve descripción
Denuncias		
Quejas		
Peticiones		





ACUERDOS Y COMPROMISOS	FECHA QUE SE EJECUTARÁ	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO
1.-	1.-	1.-
2.-	2.-	2.-
3.-	3.-	3.-

### 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 aquellas filas que no se utilicen.

DEPENDENCIA /COMITÉ	NOMBRE	CARGO	TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Comité de Vigilancia Ciudadana				
Representante del SEDIF				
Promotor(a)				