

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**POR ESTE MEDIO NOS DIRIGIMOS AL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE COLIMA, PARA MANIFESTARLE QUE HEMOS DECIDIDO DE MANERA VOLUNTARIA PARTICIPAR EN LAS ACCIONES DE CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA DE SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO.**

DONDE NOS COMPROMETEMOS A REALIZAR BIEN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN RELACIÓN AL PROGRAMA, ASI COMO A REALIZAR LA DIFUSIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y A DENUNCIAR CUALQUIER IRREGULARIDAD QUE SE PRESENTE Y DAR ATENCIÓN OPORTUNA A LAS QUEJAS QUE SE PUDIERAN SUSCITAR AL RESPECTO.

**SIENDO LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_

**C.P** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD FEDERATIVA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_

**C.P** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD FEDERATIVA** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD** \_\_\_\_\_

**C.P** \_\_\_\_\_ **ENTIDAD FEDERATIVA** \_\_\_\_\_