



## Anexo7. M nut a de Reunión para el Ejercici o Fi scal 2019

Nombre y clave del Programa:	Programa Nacional de Becas--Instituto Politécnico Nacional	Apoyo
Período de ejecución:		Tipo de beneficio
	Fecha de constitución del CCS	/ /
		día mes año
Nombre del Comité de Contraloría Social (CCS)		Número de registro del CCS

### I. Dependencias y Comité de Contraloría Social que se reúnen:

Dependencias	Comités de Contraloría Social
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### II. Datos la reunión:

Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de reunión: Día   Mes   Año

Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Dependencia que ejecuta el programa: \_\_\_\_\_

Objetivo de la reunión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Asistentes de la reunión:

Dependencia	Nombre	Cargo	Correo	Firma
RCS				
CCS				
Beneficiario				

### III. Orden del día:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IV. Opiniones, sugerencias e inquietudes de los integrantes del Comité:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### V. Quejas y denuncias que presentan los integrantes del Comité:

¿Cuántas recibieron en forma escrita? \_\_\_\_\_

Describe las quejas y denuncias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VI. Acuerdos y compromisos:

Actividades	Responsable	Fecha