**ANEXO-8**

**MINUTA DE LA REUNIÓN**

**PROGRAMA NACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN**

DEPENDENCIAS Y/O COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SE REÚNEN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPENDENCIA** |  | **COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL** |
| SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA |  |  |

**DATOS DE LA REUNIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |
| Estado: |  |
| Municipio: |  |
| Localidad: |  |
| Dependencia que ejecuta el Programa: |  |
| Nombre del Programa: |  |

**DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN:**

Objetivo de

 la reunión:

**PROGRAMA DE LA REUNIÓN:**

**RESULTADOS DE LA REUNIÓN:**

1. Necesidades expresadas por los integrantes del Comité:
2. Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité:
3. Denuncias, quejas y peticiones que presentan los integrantes del Comité:

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuántas recibió en forma escrita?** | **Escribir a qué se refieren** |
| Denuncias | **NÚMER0** |  |
|  |
| Quejas |  |  |
| Peticiones |  |  |

**ACUERDOS Y COMPROMISOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Fecha** | **Responsable del Acuerdo**  |
|  |  |  |

**COMENTARIOS ADICIONALES Y/O ASUNTOS GENERALES:**

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dependencia/Comité** | **Nombre** | **Cargo** | **Correo electrónico** | **Firma** |
| **Coordinación del Programa PNR** |  |  |  |  |
| **OEC** |  |  |  |  |
| **Comité Local de Salud** |  |  |  |  |
| **Beneficiario** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |