**FORMATO 4**

**PROGRAMA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL DOCENTE, DEL TIPO SUPERIOR**

**MINUTA DE REUNIÓN DEL COMITÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUTO TECNOLÓGICO y/o CENTRO | NOMBRE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL |
|  |  |

|  |
| --- |
| Datos de la Reunión |
| Dirección: | Fecha de Reunión: |
|  |  |
| Estado: | Localidad: |
|  |  |
| Municipio: | Apoyo o Servicio Otorgado: |
| Tipo de Reunión (presencial o Virtual) |  |
|  |  |

Objetivo de la Reunión:

|  |
| --- |
|  |

Programa de la reunión:

|  |
| --- |
|  |

RESULTADOS DE LA REUNION

1. **Necesidades expresadas por los integrantes del comité:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Denuncias, quejas y peticiones que presentan los Integrantes del Comité:**

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

1. **Acuerdos y Compromisos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES | FECHA | RESPONSABLE |
|   |  |  |

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instituto Tecnológico y/o Centro** | **Nombre del Asistente** | **Teléfono (CEL)** | **Correo electrónico** | **Firma** |
| Representante CS |  |  |  |  |
| Integrante de Comité |  |  |  |  |
| Beneficiarios (as) |  |  |  |  |
| Por Autoridad (es) de la Instancia Ejecutora |  |  |  |  |