



**MINUTA DE LA REUNIÓN
COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
FOREMOBA**

COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: _____ Fecha: _____
Municipio: _____
Localidad: _____
Dependencia que ejecuta el programa: _____
Nombre del Programa: _____
Tipo de apoyo: _____

RESULTADOS DE LA REUNIÓN

Necesidades expresadas por los integrantes del Comité

--

Acuerdos y compromisos del Comité

--

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma