



**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:

Objetivo de la Reunión:

Programa de la reunión:

**RESULTADOS DE LA REUNION**

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 que se refieren
Denuncias		



Quejas		
Peticiones		

#### 4. 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				