

MINUTA DE REUNIÓN
Programa para la Inclusión y la Equidad
Educativa (PIEE)

2017	Fecha de la reunión	
Vigencia del período de ejecución		día/mes/año

Nombre del Comité de Contraloría Social (Anotar la clave del CCT)	Número de registro que emite el SICS

1. DATOS DE LA REUNIÓN

CCT y Nombre de la Escuela:	
Domicilio (<i>calle, no.</i>)	
Estado y Municipio	
Localidad y Código Postal:	
Teléfono	

2. Objetivo de la reunión

3. Peticiones ciudadanas, quejas o denuncias relacionadas con el Programa u otras Necesidades, opiniones e inquietudes expresadas por los integrantes del Comité

ACUERDOS Y COMPROMISOS

ACTIVIDADES	FECHA	RESPONSABLE

REGISTRO DE ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Se registran todos los asistentes: funcionarios, integrantes del Comité, integrantes de la comunidad educativa, entre otros.

Nombre Completo	Institución o cargo	Teléfono	Firma

El Enlace Estatal hará el llenado de este formato, para su reporte en el SICS