

Lista de Asistencia

Nombre del (de los) Programa (s):

Lugar:

Fecha:

Objetivo de la reunión:

No.	Nombre completo	Firma	*M	*F

* M = Masculino
F = Femenino

Not as:
Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal de Contraloría Social, para su captura en el SICCS.