PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL
COMPONENTE CENTROS GERONTOLÓGICOS
COMPONENTE CAMPAMENTOS RECREATIVOS
Anexo IV

LISTA DE ASISTENCIA

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)

DATOS GENERALES

Nombre del Comité:

No. de registro del Comité de Contraloría Social: Fecha:

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: Municipio: Localidad:

Dependencia que ejecuta el programa:

Nombre del programa: Programa de Servicios de Asistencia Social Integral

Nombre del Campamento Recreativo o Centro Gerontológico:

Nombre del servicio:

El tipo de servicio que recibe es: (puede señalar más de una opción)

☐ Alojamiento ☐ Alimentación ☐ Recreación

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma