Anexo X

LISTA DE ASISTENCIA

Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad
Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

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

DATOS GENERALES

Nombre del Comíte:

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

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: Municipio: Localidad:

Dependencia que ejecuta el programa:

Nombre del programa:

Nombre del proyecto:

Tipo de Apoyo:

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma