

Programa de Servicios de Asistencia Social Integral
LISTA DE ASISTENCIA

 Responsable del llenado: (Enlace 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 Componente o Centro: _____

Tipo de Apoyo: _____

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma