

ANEXO 3

Logotipo de la
Institución

LISTA DE ASISTENCIA

CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA G005

Ejercicio Fiscal: _____

Fecha: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Lugar: _____

Asistentes dentro de la reunión del comité para la Contraloría Social.

Nombre	Cargo	Institución	Correo electrónico y teléfono	Firma o Huella Digital

*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono y firma
del RCS de la Instancia Ejecutora*

*Nombre, cargo, correo electrónico, teléfono y firma
de integrante del Comité de Contraloría Social*

