

### 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

**Notas:**  
 Entregar este formato debidamente llenado y firmado al Enlace Estatal de Contraloría Social, para su captura en el SICS.