

**Lista de Asistencia a la Capacitación en Materia de Contraloría Social**

Fecha dd/mm/aa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_ Analista encargado: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Recurso del programa:  Federal  Estatal  Municipal  Otro

Se capacitó a:  Comités  Ciudadanos en Gral.  Beneficiarios  Servidores Públicos

No	NOMBRE	SEXO H/M	EDAD	¿PERTENECE A POBLACIÓN INDÍGENA? SI/NO	PONER CARGO (SOLO INTEGRANTES DEL COMITÉ Y/O SERVIDORES PÚBLICOS) O BENEFICIARIOS	TELÉFONO Y/O CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							