

**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*

\_\_\_\_\_

