



ANEXO 5b. LISTA DE ASISTENCIA CCS 2020



Reunión
Capacitación

____/____/____

DÍA MES AÑO

Nombre del Programa: Programa de Becas Elisa Acuña -Becas Institucionales (Nivel Superior y Medio Superior)						
Sede de la reunión:						
N°	Nombre completo	Boleta	Correo electrónico	Número Telefónico o Móvil	Cargo dentro del Comité	Firma
1						
23						
3						
4						
5						
6						
7						