

DIRECCIÓN DE CONTRALORÍA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN A MUNICIPIOS

REGISTRO DE CAPACITACIÓN

Fecha : ____/____/2024

Región: _____

Distrito: _____

Municipio: _____

Asistentes a capacitación: _____

Contraloras y contralores sociales: _____

Autoridades municipales: _____

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

Nombre y firma del (de la) contralor(a)

Nombre y firma del (de la) contralor(a)

Nombre y firma del (de la) contralor(a)

Nombre y firma del (de la) contralor(a)

INTEGRANTES DE LA AUTORIDAD MUNICIPAL

Nombre, cargo, firma y sello

Nombre, cargo, firma y sello

Nombre, cargo, firma y sello

CAPACITADOR
