



ANEXO 5a. LISTA DE ASISTENCIA DE BENEFICIARIOS 2020



Reunión
Capacitación
Constitución del CCS

____ / ____ / ____

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	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					