



Lista de Asistencia de Personas Beneficiarias
PROGRAMA ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN, ENCUENTRO Y DESARROLLO

REGIÓN: _____
MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ COCINA: _____

COSTO DE LA RACIÓN: \$ _____

RESPONSABLE: _____ TIEMPO DE COMIDA (Desayuno o Almuerzo): _____

RESIDENTE: _____ PROMOTOR: _____

N°	PERSONAS BENEFICIARIAS		SEXO	EDAD	ASISTENCIA DEL MES (20 DIAS)										MES:								
	APELLIDOS				NOMBRE (S)											AÑO:							
	PRIMERO	SEGUNDO				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

