

Programa de Atención a Personas con Discapacidad**FICHA INFORMATIVA**

Responsable del llenado: (Enlace de Contraloría Social de la Instancia Ejecutora)

Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del Comité: _____

Nombre del proyecto: _____

Estado: _____ No. de registro del Comité de Contraloría Social

Municipio: _____

Localidad: _____

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora del Programa, para que usted tenga la información de la obra por medio del proyecto que le corresponde para llevar a cabo las actividades de contraloría social.

1. El tipo de obra por recibir es:

4.4 Características de los Apoyos y Vertientes (Vertientes)

2. EL tipo de obra por medio de acciones a financiar es:

4.4 Características de los Apoyos y Vertientes (Acciones)

3. Los servicios comprenden:

4. La dependencia que ejecuta la obra es:

1 Gobierno Federal

2 Gobierno del Estado

3 Municipio

4 OSC

5. El Proyecto se encuentra:

1 Iniciado

2 En proceso

3 Finalizado

Lo invitamos a que vigile que el apoyo, se entregue en los plazos establecidos y estén completos, así como recibir un trato de respeto durante su entrega.

Nombre y firma del Servidor Público

Nombre del Integrante del Comité

Puesto y Sello de la Dependencia

RFC