



**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**EJERCICIO FISCAL: 2025**

**LISTA DE ASISTENCIA**

Fecha de llenado:

**I.- Datos Generales**

Responsable del llenado:	(Enlace de Contraloría Social)		
Dirección:			
Teléfono:		Correo Electrónico:	

**I.- Datos Generales**

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:			

Dependencia/Comité	Nombre	Cargo	Dirección, teléfono y correo electrónico	Firma
Instancia Ejecutora				
Integrante del CCS				



Beneficiario				
Beneficiario				
Beneficiario				
Beneficiario				
Beneficiario				
Beneficiario				
Beneficiario				

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.  
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*

*"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".*