

**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 o acción 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 Poyecto 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