



**Programa de Servicios de Asistencia Social Integral**

**FICHA INFORMATIVA**

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

Programa Social: Programa de Servicios de Asistencia Social Integral

Nombre del Centro Asistencial: \_\_\_\_\_

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 servicio por recibir consiste en:


**Lo invitamos a que vigile que los servicios recibidos, sean en los plazos establecidos, así como recibir un trato de respeto durante su estancia:**

2. Los funcionarios responsables para llevar a cabo esta actividad son:

1 \_\_\_\_\_  
Nombre y cargo del funcionario

3 \_\_\_\_\_  
Nombre y cargo del funcionario

2 \_\_\_\_\_  
Nombre y cargo del funcionario

4 \_\_\_\_\_  
Nombre y cargo del funcionario

3. La dependencia que ejecuta la acción es:

1 Gobierno Federal

2 Gobierno del Estado

3 Municipio

4 OSC

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Servidor Público

\_\_\_\_\_  
Nombre del Integrante del Comité

\_\_\_\_\_  
Puesto y Sello de la Dependencia

\_\_\_\_\_  
RFC