

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