



**Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE)**



Contraloría **Social**

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

**Nombre de la Institución Educativa:** \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL LLENADO**

**(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)**

2016    2017

**EJERCICIO FISCAL VIGILADO**

--	--

**I. DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

El apoyo que recibe del programa es:

Obra

Apoyo

Servicios

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Dependencia que lo proporciona: \_\_\_\_\_

**II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

Nombre del Comité de Contraloría Social

Número de registro

Fecha de registro




**III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA:**

**IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL RESPONSABLE DE CONTRALORÍA SOCIAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.**

**V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA.** \_\_\_\_\_.

*Nombre y firma del que solicita la información*

*Nombre, Cargo y Firma del (la) Responsable de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información*

