

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Nombre de la Institución Educativa:

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

**I. DATOS GENERALES**

Nombre:	_____		
Dirección	_____		
Estado:	_____	Municipio:	_____
Localidad:	_____		
El apoyo que recibe del programa es:	<input type="checkbox"/> Obra	<input checked="" type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> 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 y Firma del (la) Responsable Institucional de Contraloría Social.**