

Nombre de la Institución Educativa:

RESPONSABLE DEL LLENADO

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

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