



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:

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 y Firma del (la) Responsable Institucional de
Contraloría Social.*