

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:	<input type="checkbox"/>	Obra	<input 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, Cargo y Firma del (la) Responsable de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información*