

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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