

**El responsable del llenado será un integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa.**

**I. DATOS GENERALES**

Nombre de la Institución: _____			
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: _____			

**II. SI USTED ES ENTEGRANTE 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*