|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anexo 6****Programa de Fortalecimiento de la Calidad en Instituciones Educativas (PROFOCIE)****SOLICITUD DE INFORMACIÓN**  |  |
| **Nombre de la Institución Educativa:** |  |

**RESPONSABLE DEL LLENADO**

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

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre:  |  |
| Dirección  |  |
| Estado: |  |  | Municipio: |  |
| Localidad: |  |
|  |  |
| El apoyo que recibe del programa es:  |  | Obra | X | Apoyo |  | Servicios |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del programa: |  |
| Dependencia que lo proporciona: |  |
|  |  |  |  |  |

1. **SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMTÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro |  | Fecha de registro |
|  |  |  |  |  |

1. **ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA:**

|  |
| --- |
|  |

1. **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.**
2. **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***  |