



## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Anexo No.

### 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:	<input type="checkbox"/> Obra	<input type="checkbox"/> Apoyo	<input type="checkbox"/> Servicios
Nombre del programa social que recibe :	_____		
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 SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL 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 o huella digital del que solicita la información*

\_\_\_\_\_  
*Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información*