**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*** |  | **DR. EN C. POL. MANUEL HERNÁNDEZ LUNA**  SECRETARIO DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL |