



Programa para el Desarrollo Profesional Docente  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Nombre de la Institución Educativa \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DEL LLENADO (Integrante de la Contraloría Social o beneficiario del Programa)

**I. DATOS GENERALES**

Nombre \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

El apoyo que recibe del programa es:  Obra  Apoyo  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

Fecha de registro

Número 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 RESPONSABLE DE LA 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 Responsable de la  
Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información