

## Anexo 5



**Contraloría Social 2018**  
**Programa para el Desarrollo**  
**Profesional Docente (PRODEP) 2017**



**Contraloría Social**

### SOLICITUD DE INFORMACIÓN

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| <b>Nombre de la Institución Educativa:</b> |  |
|--------------------------------------------|--|

### RESPONSABLE DEL LLENADO

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

|                                  |                      |                      |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
|                                  | <b>2017</b>          | <b>2018</b>          |
| <b>EJERCICIO FISCAL VIGILADO</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### 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: _____            |                          |                  |                          |       |                          |           |
| 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    |
| <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*