|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anexo 6****SOLICITUD DE INFORMACIÓN** **CONTRALORÍA SOCIAL 2021****PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA ORGANISMOS****DESCENTRALIZADOS ESTATALES (PSODE) 2021** |  |

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución:  |  |
| Ejercicio Fiscal de CS: |  | Ejercicio Fiscal del Programa: |  |
| Dirección: |  |
| Estado: |  |
| Municipio: |  |
| Localidad: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:  |  |
| El apoyo que recibe del programa es:  |  | Obra |  | Apoyo |  | Servicio |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Comité de Contraloría Social |  | Número de registro (SICS) |  | Fecha de registro |
|  |  |  |  |  |

1. **DATOS GENERALES DEL ÁREA A LA QUE SOLICITA LA INFORMACIÓN**

|  |
| --- |
|  |

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 y Firma del (la) Responsable de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información*** |

***Nota: El responsable del llenado será un integrante del comité de CS o un beneficiario.***