

**ANEXO 4 INFORME INICIAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
PAICE**

No. de registro del Comité de Contraloría Social:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la obra, apoyo o servicio vigilado: _____

Fecha de llenado de la cédula:

--	--	--	--	--	--	--	--

 DÍA MES AÑO

Periodo de la ejecución o entrega del beneficio:
Del

--	--

 DÍA

--	--

 MES

--	--	--	--

 AÑO
Al

--	--

 DÍA

--	--

 MES

--	--	--	--

 AÑO

Clave de la entidad federativa: _____
Clave del municipio o alcaldía: _____
Clave de la localidad: _____

El Comité de Contraloría Social responderá las preguntas una vez que ha sido conformado:

- | | | | | | | |
|--|----|---|---|----|---|---|
| 1. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? | Sí | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 | No | <table border="1"><tr><td>0</td></tr></table> | 0 |
| 1 | | | | | | |
| 0 | | | | | | |
| 2. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? | Sí | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 | No | <table border="1"><tr><td>0</td></tr></table> | 0 |
| 1 | | | | | | |
| 0 | | | | | | |
| 3. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? | Sí | <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | 1 | No | <table border="1"><tr><td>0</td></tr></table> | 0 |
| 1 | | | | | | |
| 0 | | | | | | |

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: (La Dependencia deberá indicar correo electrónico, teléfono y dirección)

Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité