

ANEXO 2

PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1,000 DÍAS

REGISTRO DE ASISTENCIA-MINUTA DE REUNIÓN COMITÉ DE VIGILANCIA CIUDADANA 2024

Datos de la reunión:

Fecha:	19 de Agosto de 2024
Nombre del Comité de Vigilancia:	Puerto Vallarta 6-1,000-2024
Municipio:	Puerto Vallarta
Localidad:	Puerto Vallarta

Objetivo de la reunión

¿Qué se pretende lograr al finalizar la reunión con el comité?

Dar Cierre a las actividades de la Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana 2024; Presentar el Informe del Comité

Programa de la reunión (Actividades que se pretenden desarrollar durante la reunión).

- Informar a los beneficiarios sobre el desarrollo de las actividades de la Contraloría Social y sus resultados
- Recibir la asesoría y llenar las herramientas por parte del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana
- Entrega del Aforo alimentario

Entrega de material (Anotar lo que se le entregó a los comités, si no se entregó material anotar "no se entregó ninguno en esta ocasión").

No se entregó Ningun Material

Acuerdos y compromisos. (Establecer fecha de cumplimiento y responsable; de no haber acuerdos poner "Ninguno", la fecha de elaboración de la minuta y nombre y firma del o la presidenta del comité).




Acuerdos:	Fecha	Responsable
Ningun acuerdo	20 de Agosto	Kenia M. Moreno De la Rosa. Kenia M



Herramientas utilizadas para la vigilancia en Comité (Colocar una X según corresponda poner número en cuántos)	SI	Cuántos	No
Convocatoria (cartel) información básica de Contraloría Social y Vigilancia ciudadana		0	
Capacitación sobre comités de Contraloría Social y Vigilancia ciudadana		0	
Difusión Díptico de información básica de contraloría Social y Vigilancia Ciudadana		0	
Cuaderno de trabajo		0	
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	X	1	

REGISTRO DE ASISTENCIA (Agregar el no. de filas que sean necesario)

1.- En la primera sesión que se lleve a cabo para la conformación del Comité, deberán de presentar las firmas con un mínimo del 80% de asistencia de beneficiaras (os) de esa localidad o localidades). 2.- En las sesiones continuas solo se requerirá el nombre y firma de los miembros del comité.

No.	Nombre del Asistente	Firma o huella digital
1	Dana Mercedes Aguirre Ruiz	
2	-Hilda Berenice Renteria Garcia	- Berenice Renteria
3	-Giovanni Navib Orozco Franquez	- Giovanni
4	-Pablo Cortez Arcos	- Pablo
5	-Araceli Valera Meza	-Araceli Valera M
6	Teresa cantano Godínez	- Teresa
7	-Danna Paola Gomez Rodriguez	- Paola Gomez
8	Madelcarmen Rodriguez Alejo	Má del Carmen R.A
9	Juneth Marisol Honorato Quijas	
10	Claudia Itzel Amador Gallaga	Itzel Amador
11	Rodriguez Garcia Schonatan Amor	
12	Kenia M. Moreno De la Rosa	Kenia M.
13		
14		
15		

Fecha: 19 - Agosto del 2024

Responsables del llenado de la cédula: Integrantes del Comité de Contraloría Social y Vigilancia ciudadana
Las y los integrantes del Comité de Contraloría Social y Vigilancia ciudadana llenarán los datos generales y después pasarán a responder todos a las preguntas y entregarlas a las o los encargados del programa del Sistema DIF municipal cuando se reúnan y/o se les indique. Favor de No dejar espacios en blanco, si la pregunta no aplica poner una / y o decir "No aplica".

I. Datos Generales del Comité (Como se registró en el acta)

Nombre del Comité	Puerto Vallarta 6-1,000-2024		
Estado:	Jalisco	Municipio:	Puerto Vallarta
		Localidad:	Puerto Vallarta
Teléfono de la o el Presidente(a) del Comité	322 3011351		

El Comité lo Integran: No. Hombres No. Mujeres

1.- ¿Dé qué programa recibe el apoyo? Programa de Atención Alimentaria en los Primeros 1000 Días

II. Marque su opinión con respecto al apoyo que recibió del programa alimentario con una "X"

2.- ¿Se entregó el apoyo completo y a tiempo?

Sí No ¿Por qué?

3.- ¿Conoce la información del apoyo que recibe?

Sí No

4.- Marque en el cuadro la información que conoce del apoyo alimentario

<input checked="" type="checkbox"/> Conoce la duración del apoyo	<input checked="" type="checkbox"/> Donde canalizar sus quejas o denuncias
<input type="checkbox"/> Fechas de entrega	<input type="checkbox"/> Dependencia estatal que participa en la entrega
<input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiario	<input type="checkbox"/> Otro

5.- La atención que le dio el servidor público al entregarle el apoyo, fue:

Buena
 Regular ¿Cómo fue el trato?
 Mala ¿Cómo fue el trato?

6.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres? ¿por qué?

Si, todos Participaron

El siguiente Apartado será llenado solo si existiera alguna irregularidad, reporte o denuncia respecto al apoyo otorgado o al servidor público, de no ser así se trazará con una / :

7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos o que los apoyos hayan sido utilizada para otros fines?

Sí

No

¿De qué se trata?

8.- ¿Para qué fin se utilizó?

Describe y especifique con mayor detalle:

9.- ¿Recibió algún reporte o denuncia de parte de los beneficiarios(as) o integrantes del Comité?

Sí

No

¿Cuántos reportes?

¿A qué se refirieron?

Aplicación del recurso

Irregularidad en la entrega del apoyo

Ejecución del programa

Otro:

10.- ¿Realizó alguna investigación del reporte o denuncias que recibió?

Sí ¿De cuántos?

No ¿Por qué?

11.- ¿Qué resultados obtuvo?

12.- ¿A cuántas dio solución el Comité? _____

13.- ¿Entregó algún reporte o denuncias a la autoridad correspondiente?

Sí

No

¿Por qué no las presentó?

14.- ¿En dónde las presentó?

Dependencia Federal

Dependencia Municipal

Dependencia Estatal

Otro, Especifique:

15.- Escriba el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, que le recibió los reportes o denuncias.

16.- ¿Le dieron respuestas a los reportes que present

Sí

No

17.- ¿Sabe si algún beneficiario u otra persona presentó un reporte o denuncia ante la autoridad competente?

Sí ¿A quién?

No

18.- Tiene pruebas o documentos para apoyar su reporte o denuncia?


Sí ¿Cuáles?

No ¿Por qué?

19.- ¿El Comité tiene alguna observación o comentario acerca de las acciones de Contraloría social y vinculación ciudadana ?

Todos estamos participando en el tema.

Kenia M.
Kenia Mercedes Moreno De la Rosa
Nombre y Firma de la o el Presidenta(e) del
Comité

Kenia M. 
Lic. Krisla Shirley Bernardino Mora
Enlace de Contraloría y Vigilancia
ciudadana del Sistema DIF Municipal

Sello DIF Municipal

