

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:	21 / Agosto / 2024
Nombre del Comité de Vigilancia:	Puerto Vallarta 8-1,000-2024
Municipio:	Puerto Vallarta
Localidad:	Puerto Vallarta

Objetivo de la reunión

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

Dar por terminado las actividades de la Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana 2024 y presentar el informe del comité.

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

- 1.- Dar a conocer los resultados y el desarrollo de las actividades de la Contraloría Social.
- 2.- Asesorar y llenar las herramientas por parte del Comité.
- 3.- Entrega del apoyo 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 ningún 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	21 / Agosto / 24	TANIA ESTEFANA ROQUE V. <i>TANIA ROQUE</i>



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	ARACELI JASSO HERNANDEZ	
2	Diana Valdez Moran.	Diana Valdez M.
3	Maria De Jesus Garcia Ruiz	
4	Ana Laura López Grano	
5	Yogaisa Yarelli Marroquin Corona	
6	Brenda Isela Castilla Garcia	Brenda Castillón
7	Belen Sarghi Rosas Hernandez	Sarghi Rosas
8	Hernandez Brenda Loli Gabriela	
9	Erika Loet Gomez Castellanos	
10	TANIA ESTEFANIA RAQUE VILLEGAS	
11	Yazmin Amparo Otero Zarate	
12	Maria del Carmen Rodriguez Sdano	Mana del Carmen R.S.
13	Maria del Rosario Guerrero Patiño	Maria Guerrero
14	Adriana Berenice Perez Arce	Berenice
15		

Fecha: 21 Agosto 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 8-1,000-2024				
Estado:	Jalisco	Municipio:	Puerto Vallarta	Localidad:	Puerto Vallarta
Teléfono de la o el Presidente(a) del Comité	33 2694 2507				

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

Conoce la duración del apoyo

Donde canalizar sus quejas o denuncias

Fechas de entrega

Dependencia estatal que participa en la entrega

Requisitos para ser beneficiario

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 ¿igualdad entre hombres y mujeres? ¿ por qué?

A todos se nos toma en cuenta.

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 ?

Hemos trabajado mejor en equipo.



TANIA ESTEFANIA ROQUE VILLEGAS

Nombre y Firma de la o el Presidenta(e) del
Comité



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

Sello DIF Municipal

