

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Municipio: Puerto Vallarta Fecha: 05/08/2024

Nombre del Comité: 12 de octubre - Grupos Prioritarios - 2024  
Localidad-Grupos Prioritarios-2024

**Objetivo de la reunión**

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

Verificar y llevar a cabo el trabajo encomendado por el comité.

**Programa de la reunión**

Actividades que se pretenden desarrollar durante la reunión para lograr el objetivo.

Aplicación de la segunda ley de vigilancia.  
Aplicar la minuta de reunión.

**Actividades adicionales**

/ / / /

**Resultados obtenidos de los acuerdos y compromisos considerados en la Minuta de Reunión, Capacitación, Asesorías y Registro de Asistencia Inicial**

muy buena participación y vigilancia.

**ANEXO 2**  
**JALISCO MINUTA DE REUNIÓN, CAPACITACIÓN, ASESORIAS Y REGISTRO DE ASISTENCIA**  
**PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:	SI	CUANTOS	NO
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	Y	2	

**REGISTRO DE ASISTENCIA DE LAS Y LOS QUE CONFORMAN EL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL Y VIGILANCIA CIUDADANA**

No.	Nombre de las y los integrantes del Comité	Firma
1	Angelica Marva Rodriguez Alcaraz	N1-ELIMINADO 6
2	Ma Clementina Sanchez Nunez	
3	-obdulia soloria Gasca	
4	Ma Dominga Segura Briseño	
5	-Ana Rosa Santos de Jesús	

Angelica Marva Rodriguez Alcaraz N2-ELIMINADO 6  
 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

  
 AGUSTINA LAZARO IGNACIO  
 Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal



**ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

**DATOS GENERALES**

Estado	Jalisco	Fecha	05/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	12 DE OCTUBRE-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	05-08-2024		

**1.- El comité lo integran:**

Cantidad de Hombres	0	Cantidad de Mujeres	5
---------------------	---	---------------------	---

**2.- Marque su opinión con respecto al apoyo que recibió del Programa Alimentario.**

**a) ¿Se entregó completo?**

Sí       No      ¿Por qué?

**b).- ¿Los entregaron a tiempo?**

Sí       No      ¿Por qué?

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

Sí       No

**4.- Marque con una X el cuadro que indica la información que conoce del apoyo alimentario**

<input checked="" type="checkbox"/> Duración del apoyo	<input checked="" type="checkbox"/> Donde canalizar sus quejas o denuncias
<input checked="" type="checkbox"/> Fechas de entrega	<input checked="" type="checkbox"/> Dependencia estatal que participa en el apoyo
<input checked="" type="checkbox"/> Requisitos para ser persona beneficiaria	<input type="checkbox"/> Otro

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

<input checked="" type="checkbox"/> Buena	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%; height: 15px;"></span>
<input type="checkbox"/> Regular	
<input type="checkbox"/> Mala	

¿Cómo fue el trato?

¿Cómo fue el trato?

ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

<b>6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Le explicaron por qué no?"/>
<b>7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>8.- ¿Detecto que la entrega de apoyos se haya utilizado para otros fines distintos a su objetivo?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas quejas?"/> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/></td>	<input <="" td="" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/>
<input checked="" type="checkbox"/> No	
<small>Si la respuesta es Si contestar las preguntas 11, 12, 13, 14, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 15.</small>	
<b>11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas entregó?"/> <td><input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué no las presentó?"/></td>	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué no las presentó?"/>
<b>12.- ¿En donde las presentó?</b>	
<input type="text" value="Dependencia Federal"/>	<input type="text" value="Dependencia Municipal"/>
<input type="text" value="Dependencia Estatal"/>	<input type="text" value="Otro. Especifique"/>
<b>13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, quién le recibió las quejas o denuncias.</b>	
<input type="text"/>	
<b>14.- ¿Le dieron respuesta a las quejas que presentó?</b>	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

<b>15.- ¿Hubo mejoras en el programa?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuáles?	No ¿Por qué?
<b>16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cada cuándo? <i>Cada mes</i>	No ¿Por qué?
<b>17.- ¿Qué temas tratan?</b>	
<i>Alimentación Sacramental</i>	
<b>18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Por qué?	No ¿Por qué?
<b>19.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana que obtuvo?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿De qué manera? <i>Verbal</i>	No ¿Por qué?

*Angelica Maria Rodriguez Alcaraz* N3-ELIMINADO 6  
Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*AGUSTINA LAZARO IGNACIO*  
Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal



## FUNDAMENTO LEGAL

1.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

2.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

3.- ELIMINADA la firma de particular, 1 párrafo de 1 renglón por ser un dato identificativo de conformidad con los artículos 3.2 fracción II inciso "a" y 21.1 fracción I de la LTAIPEJM, artículo 3.1 fracciones IX y X de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

\* "LTAIPEJM: Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.

LPDPPSOEJM: Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Jalisco y sus Municipios.

LGPPICR: Lineamientos Generales para la Protección de la Información Confidencial y Reservada que deberán observar los sujetos obligados previstos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios."