

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 02/09/2024

Nombre del Comité: 5 DE DICIEMBRE-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

En esta tercera reunión se dará el informe final del comité.

Programa de la reunión

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

Aplicación del informe final
Aplicación de la minuta de reunión y registro de asistencia.

Actividades adicionales

no hubo

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

Gracias al apoyo brindado se hizo un buen trabajo.

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	<input checked="" type="checkbox"/>	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 Maria Vélez Gonzalez	
2	José Navarro Costillón	
3	Rita Hernández Tapia	
4	Gracela Delgado J.	
5	Patricia P.A.	

José Navarro Costillón José Navarro Costillón
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 4
INFORME DEL COMITÉ
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

Fecha	02/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	5 DE DICIEMBRE-GRUPOS PRIORITARIOS-2024
Nombre del Programa	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

Dependencia que ejecuta el programa	SISTEMA DIF MUNICIPAL PUERTO VALLARTA
Periodo de ejecución	01 de enero al 30 de septiembre del 2024
Descripción del apoyo (En qué consiste el apoyo alimentario)	Entrega de apoyo en especie consistente en una dotación alimentaria integrada por alimentos básicos y complementarios.

1.- ¿Recibió toda la información necesaria para realizar las actividades de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana?

SI
 NO

1.1 ¿Qué información recibió?

Derechos y obligaciones <input checked="" type="checkbox"/>	Tipos de beneficio del Programa Alimentario <input checked="" type="checkbox"/>
Montos del apoyo <input checked="" type="checkbox"/>	Periodicidad de entrega <input checked="" type="checkbox"/>
Instancia para solicitar la información <input checked="" type="checkbox"/>	Otra. Especifique: <input checked="" type="checkbox"/>

1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?

Verbalmente
 Díptico o trípticos
 Otra. Especifique: *cuaderno de trabajo*

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

SI
 NO

¿Cuántas realizó al año? *2* NO ¿Por qué?

3.- ¿Entregó al representante del programa las cédulas de vigilancia?

SI
 NO

¿Por qué?

4.- ¿Cuáles fueron los resultados que obtuvo del seguimiento y vigilancia del apoyo?

mas puntualidad.

5.- ¿Se cumplieron las metas del apoyo en los tiempos establecidos?

SI
 NO

¿Por qué?

ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ

PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser persona beneficiaria del programa?	
<input type="checkbox"/> SI	¿Lo denunció?
<input checked="" type="checkbox"/> NO	¿Por qué?
7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?	
<input type="checkbox"/> SI	¿Para qué fin se utilizó el
	<input type="checkbox"/> Político <input type="checkbox"/> Lucro <input type="checkbox"/> Otro
<input checked="" type="checkbox"/> NO	
8.- ¿Recibió usted, quejas o denuncias por parte de las personas beneficiarias?	
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es Si contestar las preguntas 9,10,11,11.1,12 y 12.1, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 13.	
9.- Cuántas recibió?	<input type="text"/>
10.- ¿Sobre qué eran?	
Aplicación del recurso	¿Cuántas <input type="text"/>
Ejecución del programa	¿Cuántas <input type="text"/>
Irregularidades en el apoyo otorgado	¿Cuántas <input type="text"/>
Otro:	Especifique <input type="text"/>
11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	¿Por qué no las presentó?
11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja	
12.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12.1 En qué sentido fueron las respuestas?	
Sanciones administrativas	¿Cuántas <input type="text"/>
Sanciones civiles	¿Cuántas <input type="text"/>
Sanciones penales	¿Cuántas <input type="text"/>
Otras:	Especifique <input type="text"/>

**ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

13.- Cuántas veces al año se reunió con las personas beneficiarias para informarles los resultados que obtuvieron?

5

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL Y VIGILANCIA CIUDADANA

NOMBRE	CARGO	FIRMA	TELEFONO
José Navarro Castillo	Presidenta (e)	José Navarro Castillo	322-158-8192
Marcela Delgado L.	Responsable de nutrición y educación alimentaria	Marcela Delgado L.	322-2000032
Rita Hernández López	Responsable de calidad alimentaria	Rita Hernández López	322-151-86-80
Angélica María Vélez G.	Responsable de vigilancia nutricional	Angélica María Vélez G.	3221401205
Patricia P.A.	Responsable de vigilancia ciudadana	Patricia P.A.	3221427375

José Navarro Castillo José Navarro Castillo
Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

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

