

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 06/09/2024

Nombre del Comité: CAMPESTRE LAS CAÑADAS-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

dar el informe final del comité de control social

Programa de la reunión

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

- hacer el informe final
- hacer la minuta de reunión y el registro de asistencia del comité.

Actividades adicionales

no hubo.

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

mejor organización.

| Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia: | SI | CUANTOS | NO |
|---|----|---------|----|
| Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana | X | 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 | Cristina Vargas Melhu. | <i>Cristina</i> |
| 2 | Diega Martinez Rodriguez | <i>DMR</i> |
| 3 | Celestina Amalio Pedro | <i>CEP</i> |
| 4 | MACARIO GUILLAR PALOMINO | <i>AGP</i> |
| 5 | Ma. Guadalupe Roque | <i>Ma. Gpe Roque</i> |

Cristina Vargas Melhu. *Cristina*
 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 | <i>06/09/2024</i> |
| Municipio | PUERTO VALLARTA |
| Nombre del Comité | CAMPESTRE LAS CANADAS-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: |

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 ¿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?

mayor conocimiento al programa.

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 | <input type="text"/> ¿Lo denunció? | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="text"/> ¿Por qué? | | | |
| 7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo? | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="text"/> ¿Para qué fin se utilizó el | <input type="text"/> Político | <input type="text"/> Lucro | <input type="text"/> 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 | | |
| Irregularidades en el apoyo otorgado | | ¿Cuántas | | |
| Otro: | | Especifique | | |
| 11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente? | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="text"/> ¿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 | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| 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 | | |
| Sanciones civiles | | ¿Cuántas | | |
| Sanciones penales | | ¿Cuántas | | |
| Otras: | | Especifique | | |

**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 |
|--------------------------|--|----------------|--------------|
| Cristina Vargas Medina | Presidenta (e) | <i>[Firma]</i> | 3221414750 |
| Diego Martínez | Responsable de nutrición y educación alimentaria | <i>[Firma]</i> | 3221576099 |
| Celestina Amalia Pérez | Responsable de calidad alimentaria | <i>[Firma]</i> | 3221208204 |
| Macario Aguilar Palomino | Responsable de vigilancia nutricional | <i>[Firma]</i> | 3222409638 |
| Mra. Guadalupe Bayo | Responsable de vigilancia ciudadana | <i>[Firma]</i> | 243221128914 |

Cristina Vargas Medina
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

