

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 09/08/2024

Nombre del Comité: EL ZANCUDO-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

Dar seguimiento con el trabajo encomendado del comité y supervisión

Programa de la reunión

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

- I. Aplicación de la segunda cédula de vigilancia
- II. Aplicación de la minuta de la reunión y registro de asistencia

Actividades adicionales

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

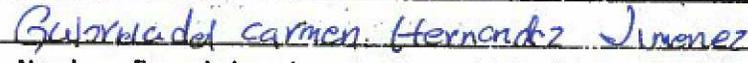
Se obtuvo mayor comunicación con los integrantes del comité y los beneficiarios

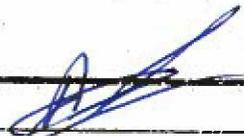
ANEXO 2
MINUTA DE REUNIÓN, CAPACITACIÓN, ASESORIAS Y REGISTRO DE ASISTENCIA
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:	SI	CUANTOS	NO
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	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	Gabriela del Carmen Hernandez Jimenez	N1-ELIMINADO 6
2	Rosa Isela Teodoro	
3	Michael Angelo Omar Vazquez D.	
4	Manuel C. Perea	
5	Esmeralda Rodríguez	


 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana


 Nombre y firma del Enlace del Sistema DiF Municipal



DATOS GENERALES

Estado	Jalisco	Fecha	09/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	EL ZANCUDO-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	09-08-2024		

1.- El comité lo integran:

Cantidad de Hombres	1	Cantidad de Mujeres	4
---------------------	---	---------------------	---

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:

Buena

Regular ¿Cómo fue el trato?

Mala ¿Cómo fue el trato?

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

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

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

15.- ¿Hubo mejoras en el programa?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuáles? <i>mayor comunicación</i>	No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cada cuándo? <i>cada mes</i>	No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?
17.- ¿Qué temas tratan?	
<i>sobre la alimentación sana, comer fruta fresca y verdura</i>	
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Por qué?	No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?
19.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana que obtuvo?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿De qué manera? <i>verbal</i>	No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?

N2-ELIMINADO 6

Gabriela del Carmen Hernández Jiménez
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.

* "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."