

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 05/08/2024

Nombre del Comité: LA BOBADILLA-GRUPOS PRIORITARIO-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.

1. Aplicación del informe Segundo comité.
2. - Aplicación de la minuta de reunión
3. - Lista de asistencia

Actividades adicionales

Ninguna

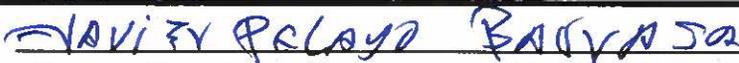
Resultados obtenidos de los acuerdos y compromisos considerados en la Minuta de Reunión, Capacitación, Asesorías y Registro de Asistencia Inicial

Mayor comunicación con los beneficiarios,
gracias por el apoyo.

Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:	SI	CUANTOS	NO
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	✓	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	JAVIER RELAYO BARRASA	N1-ELIMINADO 6
2	Esthela Medina A	
3	Nuestra Martha Garcia Moran	
4	Rafael Mendoza Hernandez	
5	Patricia Garcia	


 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	LA BOBADILLA-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	2	Cantidad de Mujeres	3
---------------------	---	---------------------	---

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

a) ¿Se entregó completo?

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué?
--	-----------------------------	-----------

b).- ¿Los entregaron a tiempo?

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué?
--	-----------------------------	-----------

3.- Conoce la información del apoyo que recibe?

<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Regular	¿Cómo fue el trato?
<input type="checkbox"/> 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"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Le explicaron por qué no?"/>
7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿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"/> Si	<input type="text" value="¿Cuál?"/>	<input checked="" type="checkbox"/> No
9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?		
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Cuántas quejas?"/>	<input type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/>
<input checked="" type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es Si contestar las preguntas 11, 12, 13 14, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 15.		
11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Cuántas entrego?"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>
12.- ¿En donde las presentó?		
<input type="text" value="Dependencia Federal"/>	<input type="text" value="Dependencia Municipal"/>	
<input type="text" value="Dependencia Estatal"/>	<input type="text" value="Otro. Especifique"/>	
13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, quién le recibió las quejas o denuncias.		
<input type="text"/>		
14.- ¿Le dieron respuesta a las quejas que presentó?		
<input type="checkbox"/> Si	<input 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?	No ¿Por qué?
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cada cuándo? <i>Cada mes</i>	No ¿Por qué?
17.- ¿Qué temas tratan?	
<i>tomar mucha agua y llevar una alimentaciones sana</i>	
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Por qué?	No ¿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 ¿Por qué?

N2-ELIMINADO 6

JAVIER PELAYO BARRASA
Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia

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 Genenerales 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."