

## DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTAFecha: 05/08/2024Nombre 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.

**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	✓	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

<b>6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input 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 type="text" value="¿Cuál?"/>	<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 type="text" value="¿Cuál?"/>	<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 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 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.			
<b>11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>			
<input type="checkbox"/> Si	<input type="text" value="¿Cuántas entrego?"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>
<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>tomar mucha agua y llevar una alimentacion sana</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?

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 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."