

ANEXO 2

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 03/09/2024

Nombre del Comité: LA FLORESTA-GRUPOS PRIORITARIO-2024  
Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

DAR EL ULTIMO INFORME DEL TRABAJO DE CONTABILIDAD SOCIAL

Programa de la reunión

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

- 1- APLICACIÓN DE INFORME FINAL
- 2- 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 TRABAJO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL TRABAJO DEL COMITE

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	<i>Amelia Reyes G</i>	<i>Amelia Reyes G</i>
2	<i>Janelly Itzel Samperio Peña</i>	<i>Janelly</i>
3	<i>Juana Camacho C.</i>	<i>Juana</i>
4	<i>FERMIN ABEL AGUIAR GUTIERREZ</i>	<i>FERMIN ABEL</i>
5	<i>Irma Cuevas Gonzalez</i>	<i>Irma</i>

*Janelly Itzel Samperio Peña Janelly*  
 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*[Signature]*  
 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	03/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	LA FLORESTA-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 <input checked="" type="checkbox"/>	Díptico o trípticos <input checked="" type="checkbox"/>	Otra. Especifique:
---	---	--------------------

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

<input checked="" type="checkbox"/> SI	¿Cuántas realizó al año? 2	<input type="checkbox"/> NO	¿Por qué?
--	----------------------------	-----------------------------	-----------

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

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Por qué?
--	-----------------------------	-----------

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

BUEN DESEMPEÑO DE TRABAJO

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

<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Por qué?
--	-----------------------------	-----------

**ANEXO 4  
INFORME DEL COMITÉ**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

<b>6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser persona beneficiaria del programa?</b>	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Lo denunció?"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?</b>	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Para qué fin se utilizó el"/> <input type="text" value="Político"/> <input type="text" value="Lucro"/> <input type="text" value="Otro"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	
<b>8.- ¿Recibió usted, quejas o denuncias por parte de las personas beneficiarias?</b>	
<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.	
<b>9.- Cuántas recibió?</b>	<input type="text"/>
<b>10.- ¿Sobre qué eran?</b>	
Aplicación del recurso	<input type="text" value="¿Cuántas"/> <input type="text"/>
Ejecución del programa	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Irregularidades en el apoyo otorgado	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Otro:	<input type="text" value="Especifique"/>
<b>11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>	
<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="text" value="¿Por qué no las presentó?"/>
<b>11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja</b>	
<b>12.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?</b>	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>12.1 En qué sentido fueron las respuestas?</b>	
Sanciones administrativas	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Sanciones civiles	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Sanciones penales	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Otras:	<input type="text" value="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
Agustina Rabal G	Presidenta (e)	Agustina Rabal G	3221172950
Janely Itzel Samperio Peña	Responsable de nutrición y educación alimentaria	Janely	5565335559
Juana Camacho C.	Responsable de calidad alimentaria	Juana C	3221593311
FERMIN ABEL AGUIAR GUTIERREZ	Responsable de vigilancia nutricional	FERMIN ABEL	322-1008950
Irma Cuevas G	Responsable de vigilancia ciudadana	Irma	322 210-71-10

  
 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

