

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 11/09/2024

Nombre del Comité: IXTAPA LA MINA 1-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

Dar por terminada la contraloría Social

Programa de la reunión

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

en la reunión se dio por terminada lo del comité
- informe final
- aplicación de la minuta de reunión y registro de asistencia

Actividades adicionales

no se hicieron

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

la participación en equipo muy bien

ANEXO 2

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	Angelos del Rocio Diaz Abrego	
2	Pablo Ayula Hernandez	
3	Catalina Cisneros	
4	Fidencia Serracion Martinez	
5	Merica Alberta U.F.	

Angelos del Rocio Diaz Abrego
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	11/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	IXTAPA LA MINA1-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	✓	Tipos de beneficio del Programa Alimentario	✓
Montos del apoyo	✓	Periodicidad de entrega	✓
Instancia para solicitar la información	✓	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?

todo muy bien sin problemas -

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	<input type="text"/> ¿Cuántas <input type="text"/>
Ejecución del programa	<input type="text"/> ¿Cuántas
Irregularidades en el apoyo otorgado	<input type="text"/> ¿Cuántas
Otro:	<input type="text"/> 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	
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	<input type="text"/> ¿Cuántas
Sanciones civiles	<input type="text"/> ¿Cuántas
Sanciones penales	<input type="text"/> ¿Cuántas
Otras:	<input type="text"/> 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
Angelos del Rocio Diaz Abrego	Presidenta (e)	<i>[Firma]</i>	322 127 2220
Pablo Ayala Hernandez	Responsable de nutrición y educación alimentaria	<i>[Firma]</i>	3223275877
Catalina Cisneros	Responsable de calidad alimentaria	<i>[Firma]</i>	322157728
Fidencia Gervacio	Responsable de vigilancia nutricional	<i>[Firma]</i>	3223993896
Mona Albertavargas	Responsable de vigilancia ciudadana	<i>[Firma]</i>	

Angelos del Rocio Diaz Abrego *[Firma]*
Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

AGUSTHA LAZARO IGNACIO
Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

