



Jalisco
GOBIERNO DEL ESTADO

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

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 06/08/2024

Nombre del Comité: LOMA BONITA-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 de segunda cédula de visita
- 2.- Aplicación de la minuta de reunión
- 3.- lista de asistencia

Actividades adicionales

No hubo

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

mejor comunicación con los beneficiarios
más puntualidad.

Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:	SI	CUANTOS	NO
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	4	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	Alma Lorena Arce	
2	Marcela Madariaga Higuera	N1-ELIMINADO 6
3	Veronica Vera Diaz	
4	Ma Guadalupe Palacios	
5	Laura Ortiz Reyes	


 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	06/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	LOMA BONITA-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	06-08-2024		

1.- El comité lo integran:

Cantidad de Hombres	0	Cantidad de Mujeres	5
---------------------	---	---------------------	---

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 <input type="text"/>

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="text"/>
<input type="checkbox"/> Mala	¿Cómo fue el trato? <input type="text"/>

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"/> Sí ¿Cuáles?	No ¿Por qué?
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sí ¿Cada cuándo? <u>Cada mes</u>	No ¿Por qué?
17.- ¿Qué temas tratan?	
<u>alimentos Sang</u>	
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?	
<input checked="" type="checkbox"/> Sí ¿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"/> Sí ¿De qué manera? <u>Verbal</u>	No ¿Por qué?

Martha María Guzmán Monte N2-ELIMINADO 6
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."