

ANEXO 2

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 06/09/2024

Nombre del Comité: Loma Bonita Grupos Prioritarios 2024  
Localidad-Grupos Prioritarios-2024

**Objetivo de la reunión**

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

Finalizar el trabajo del comité de  
contraloría.

**Programa de la reunión**

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

Aplicación del informe final.  
minuta de la reunión y registro de  
asistencia.

**Actividades adicionales**

Empty box with diagonal lines, indicating no additional activities.

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

un buen equipo de trabajo.

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	Alma Lorena Arce	Alma Lorena Arce
2	Marcela Madueño Maguín Montu	<i>[Signature]</i>
3	-Veronica Vera Diaz	Veronica Vera D.
4	-Ma. Guadalupe Palacios E.	<i>[Signature]</i>
5	Laura Ortiz Reyes	Laura Ortiz


  
 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	06/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	LOMA BONITA-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
  Díptico o trípticos
  Otra. Especifique:

**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?**

*muy buen trabajo*

**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" value="¿Lo denunció?"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?	
<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	
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" 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"/>
11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="text" value="¿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" 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
	Presidenta (e)		
<i>Marcela Madrid Hugonin Monter</i>	Responsable de nutrición y educación alimentaria	<i>[Firma]</i>	3221945193
<i>Veronica Vera D.</i>	Responsable de calidad alimentaria	<i>Veronica Vera D.</i>	3221574184
<i>Ma Guadalupe Palacios</i>	Responsable de vigilancia nutricional	<i>[Firma]</i>	<del>3223536954</del>
<i>Laura Ortiz Reyes</i>	Responsable de vigilancia ciudadana	<i>Laura Ortiz</i>	3222362985

*Marcela Madrid Hugonin Monter* *[Firma]*  
Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*[Firma]*  
AGUSTINA LAZARO IGNACIO  
Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

