

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 01/08/2024

Nombre del Comité: LOPEZ MATEOS-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

CONFIRMAR QUE SI SE LLEVE A CABO EL TRABAJO ASIGNADO POR EL COMITÉ

Programa de la reunión

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

1. APLICACION DEL INFORME, REALIZAR LA SEGUNDA CEDULA DE VIGILANCIA.
2. APLICACION DE LA MINUTA DE REUNION Y REGISTRO DE ASISTENCIA.

Actividades adicionales

(Empty box with diagonal lines)

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

MAYOR COMUNICACION CON LOS BENEFICIARIOS

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	Catalina del Rosario Carrillo Martinez	N1-ELIMINADO 6
2	Barbara Alejandra Ramos Villalobos	
3	Sofia Jón Josécano	
4	Abdela Morales Sem.	
5	Filomena Sevilla Soltero	

Catalina del Rosario Carrillo Martinez
 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	01/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	LOPEZ MATEOS-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	01-08-2024		

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

5.- La atención que le dio el servidor público al entregarle el apoyo, fue:

<input checked="" type="checkbox"/> Buena	¿Cómo fue el trato?
<input type="checkbox"/> Regular	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Le explicaron por qué no?"/>	
7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>	<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"/> Sí	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>	<input checked="" type="checkbox"/> No	
9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?			
<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>	
10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas quejas?"/> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/></td>	<input <="" td="" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí 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"/> Sí	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas entrego?"/> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input <="" td="" type="text" value="¿Por qué no las presento?"/></td>	<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" 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"/> Sí	<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"/> Si ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> No ¿Por qué?
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?	
<input checked="" type="checkbox"/> Si ¿Cada cuándo? <u>cada Mes</u>	<input type="checkbox"/> No ¿Por qué?
17.- ¿Qué temas tratan?	
<u>ALIMENTACION, SANAMENTE, TOMAR AGUA MINERAL</u>	
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?	
<input type="checkbox"/> Si ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> No ¿Por qué?
19.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana que obtuvo?	
<input checked="" type="checkbox"/> Si ¿De qué manera? <u>Verbal</u>	<input type="checkbox"/> No ¿Por qué?

Catalina del Rosario Carrillo Martinez 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."