

### DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 07/08/2024

Nombre del Comité: MISMALOYA-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

#### Objetivo de la reunión

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

a continuar con el trabajo del comité y contabilidad social.

#### Programa de la reunión

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

- la aplicación de la segunda cédula de visita  
- la aplicación de la minuta de la reunión del comité.

#### Actividades adicionales

Ninguna

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

una buena comunicación.

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

| Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:              | SI | CUANTOS | NO |
|---|----|---------|----|
| Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana | +  | 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   | Angelica Abigail Alcala Santos             | N1-ELIMINADO 6 |
| 2   | Mariela de la Cruz Bravo-H                 |                |
| 3   | Bertha Alicia Joya Meza                    |                |
| 4   | Gloria Estelita Ponce                      |                |
| 5   | Neli Aguilar Delgado                       |                |

Angelica Abigail Alcala Santos  
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 | 07/08/2024 |
| Municipio                               | PUERTO VALLARTA  |       |            |
| Nombre del Comité                       | MISMALOYA-GRUPOS PRIORITARIOS-2024                     |       |            |
| Nombre del Programa que recibe el apoyo | Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios |       |            |
| Fecha en que le dieron el apoyo         | 07-08-2024   |       |            |

**1.- El comité lo integran:**

|                     |                                |                     |                                |
|---------------------|--------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Cantidad de Hombres | <input type="text" value="0"/> | Cantidad de Mujeres | <input type="text" value="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 type="radio"/>            | Duración del apoyo                       | <input checked="" type="radio"/> | Donde canalizar sus quejas o denuncias        |
| <input type="radio"/>            | Fechas de entrega                        | <input checked="" type="radio"/> | Dependencia estatal que participa en el apoyo |
| <input checked="" type="radio"/> | Requisitos para ser persona beneficiaria | <input type="radio"/>            | Otro  |

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

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="radio"/> Buena |  |
| <input type="radio"/> Regular          | ¿Cómo fue el trato? <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Mala             | ¿Cómo fue el trato? <input type="text"/> |

ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?</b>  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No  | <input <="" td="" type="text" value="¿Le explicaron por qué no?"/> |
| <b>7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>                                       | <input checked="" type="checkbox"/> No                             |
| <b>8.- ¿Detecto que la entrega de apoyos se haya utilizado para otros fines distintos a su objetivo?</b>                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td>                                       | <input checked="" type="checkbox"/> No                             |
| <b>9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?</b>   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No  | <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>                  |
| <b>10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?</b>                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <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  |  |  |
| <small>Si la respuesta es Si contestar las preguntas 11, 12, 13, 14. si la respuesta es NO pasar a la pregunta 15.</small>  |  |  |
| <b>11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas entrego?"/> <td><input type="checkbox"/> No</td>                                       | <input type="checkbox"/> No  |
| <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>   |  |  |
| <b>12.- ¿En donde las presentó?</b>   |  |  |
| <input type="text" value="Dependencia Federal"/>  | <input type="text" value="Dependencia Municipal"/>   |  |
| <input type="text" value="Dependencia Estatal"/>  | <input type="text" value="Otro. Especifique"/>   |  |
| <b>13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, quién le recibio las quejas o denuncias.</b> |  |  |
| <input type="text"/>  |  |  |
| <b>14.- ¿Le dieron respuesta a las quejas que presentó?</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No  |  |

ANEXO 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024

|   |              |
|---|--------------|
| <b>15.- ¿Hubo mejoras en el programa?</b>   |              |
| <input checked="" type="radio"/> <b>Si</b> ¿Cuáles?   | No ¿Por qué? |
| <b>16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?</b>  |              |
| <input checked="" type="radio"/> <b>Si</b> ¿Cada cuándo? <i>cada mes</i>  | No ¿Por qué? |
| <b>17.- ¿Qué temas tratan?</b><br><i>de hacer ejercicios, caminar, tomar agua</i>                                 |              |
| <b>18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?</b>  |              |
| <input checked="" type="radio"/> <b>Si</b> ¿Por qué?  | No ¿Por qué? |
| <b>19.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana que obtuvo?</b> |              |
| <input checked="" type="radio"/> <b>Si</b> ¿De qué manera? <i>verbal</i>  | No ¿Por qué? |

*Angelica Abigail Alcala Santos* N2-ELIMINADO  
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."