

### DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 09/08/2024

Nombre del Comité: NIÑOS HEROES-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

*Lograr las metas en equipo de Contratoría Social*

Programa de la reunión

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

*chevar la Asistencia de todos en esta Segunda Reunion de Vigilancia*

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

*Buena participacion de todos*

**ANEXO 2**  
**JALISCO 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	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	C. Paresa Sanchez Cortes	N1-ELIMINADO 6
2	Josefina Cardenas Torres	
3	Monica Lopez	
4	Juan Pizarro M	
5	Bertha Chaz R	

*Carmen Paresa Cortes Sanchez*  
 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*Agustina Lazaro Ignacio*  
 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	09/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	NIÑOS HEROES-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	09-08-2024		

1.- El comité lo integran:

Cantidad de Hombres	1	Cantidad de Mujeres	4
---------------------	---	---------------------	---

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:

Buena

Regular      ¿Cómo fue el trato?

Mala      ¿Cómo fue el trato?

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"/>	No	¿Le explicaron por qué no?
<b>7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?</b>		
<input type="checkbox"/> Si	¿Cuál?	<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	¿Cuál?	<input checked="" type="checkbox"/> No
<b>9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	No	¿Por qué?
<b>10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?</b>		
<input type="checkbox"/> Si	¿Cuántas quejas?	¿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.		
<b>11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>		
<input type="checkbox"/> Si	¿Cuántas entrego?	<input type="checkbox"/> No ¿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, quien 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="checkbox"/> ¿Cuáles?	No ¿Por qué?
<b>16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Cada cuándo? <i>Cada Mes</i>	No ¿Por qué?
<b>17.- ¿Qué temas tratan?</b>	
<i>el consumo de nos leguminosas como lentejas frijoles Tomar nos agua</i>	
<b>18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿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="checkbox"/> ¿De qué manera? <i>verbal</i>	No ¿Por qué?

<i>Carmen Banesa Sanchez</i>	N2-ELIMINADO 6
Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	

*[Firma]*

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."