

**ANEXO 4  
INFORME DEL COMITÉ  
PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Fecha  | 6 - SEPTIEMBRE - 2024         |
| Municipio  | Puerto Vallarta               |
| Nombre del Comité (nombre municipio-iniciales programa-número consecutivo) | PUERTO VALLARTA - AE - 07     |
| Nombre del Plantel Escolar   | FRANCISCO MEDINA ASCENCIO     |
| Nombre del Programa  | Programa Alimentación Escolar |

|  |  |
|--|--|
| Dependencia que ejecuta el programa                          | SM DIF - PUERTO VALLARTA   |
| Periodo de ejecución   | Mayo a septiembre 2024   |
| Descripción del apoyo (En qué consiste el apoyo alimentario) | Entrega de apoyo en especie consistente en una dotación alimentaria integrada por alimentos básicos para una alimentación escolar. |

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 type="checkbox"/>            | Otra. Especifique:                          | <input type="checkbox"/>            |

1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?

|             |                          |                    |                                     |                    |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Verbalmente | <input type="checkbox"/> | Díptico o tríptico | <input checked="" type="checkbox"/> | Otra. Especifique: | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

|  |                          |   |                             |           |                          |
|--|--------------------------|---|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI | ¿Cuántas realizó al año? | 2 | <input type="checkbox"/> NO | ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|---|-----------------------------|-----------|--------------------------|

3.- ¿Entregó al representante del programa las cédulas de vigilancia?

|  |                             |           |                          |
|--|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-----------|--------------------------|

4.- ¿Cuáles fueron los resultados que obtuvo del seguimiento y vigilancia del apoyo?

5.- ¿Se cumplió con el apoyo del programa en los tiempos establecidos?

|  |                             |           |                          |
|--|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ¿Por qué? | <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-----------|--------------------------|

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana  
Favor de no dejar espacios en blanco, en caso de que la pregunta no aplique marcar con una / o poner N/A.

**ANEXO 4  
INFORME DEL COMITÉ  
PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser persona beneficiaria del programa?                                     |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI   | <input type="checkbox"/> ¿Lo denunció?                     | <input type="checkbox"/> SI                    | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> NO   | <input type="text"/> ¿Por qué?                             |  |  |
| 7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI   | <input type="text"/> ¿Para qué fin se utilizó el programa? | <input type="checkbox"/> Político              | <input type="checkbox"/> Lucro         |
|   |  | <input type="checkbox"/> Otro                  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO  |  |  |  |
| *8.- ¿Recibió usted, reportes o denuncias por parte de las personas beneficiarias?                                    |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI   |  | <input checked="" type="checkbox"/> NO         |  |
| *9.- Cuántas recibió? <input type="text"/>  |  |  |  |
| *10.- ¿Sobre qué eran?  |  |  |  |
| <input type="text"/> Aplicación del recurso   | <input type="text"/> ¿Cuántas                              | <input type="text"/>                           |  |
| <input type="text"/> Ejecución del programa   | <input type="text"/> ¿Cuántas                              | <input type="text"/>                           |  |
| <input type="text"/> Irregularidades en el apoyo  | <input type="text"/> ¿Cuántas                              | <input type="text"/>                           |  |
| <input type="text"/> Otro:  | <input type="text"/> Especifique                           | <input type="text"/>                           |  |
| *11.- ¿Entregó reportes y/o denuncias a la autoridad correspondiente?   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI   | <input type="checkbox"/> NO                                | <input type="text"/> ¿Por qué no las presentó? |  |
| *11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió los reportes y/o denuncias y la dependencia donde trabaja |  |  |  |
| <input type="text"/>  |  |  |  |
| *12.- Le dieron número de folio para el seguimiento de los reportes o denuncias que entregó?                          |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> SI   | <input type="text"/> ¿Cual?                                | <input type="checkbox"/> NO                    |  |

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana  
Favor de no dejar espacios en blanco, en caso de que la pregunta no aplique marcar con una / o poner N/A

**ANEXO 4  
INFORME DEL COMITÉ  
PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

\*13.- Le dieron respuesta a los reportes o denuncias que presentó?

SI       NO

\*13.1 ¿En qué sentido fueron las respuestas?

|                           |             |                      |
|---------------------------|-------------|----------------------|
| Sanciones administrativas | ¿Cuántas    | <input type="text"/> |
| Sanciones civiles         | ¿Cuántas    | <input type="text"/> |
| Sanciones penales         | ¿Cuántas    | <input type="text"/> |
| Otras:                    | Especifique | <input type="text"/> |

14.- ¿Qué resultados generó la aplicación de la Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana?

*MEJOR ORGANIZACION Y MEJOR OPERATIVIDAD DEL PROGRAMA*

15.- Cuántas veces al año se reunió con las personas beneficiarias para informarles los resultados que obtuvieron?

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL Y VIGILANCIA CIUDADANA**

| NOMBRE                       | CARGO  | FIRMA                 | TELEFONO              |
|------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| <i>Beatriz Gomez Garcia</i>  | Presidenta (e)                                   | <i>N1-ELIMINADO 6</i> | <i>N4-ELIMINADO 5</i> |
| <i>Miltra Uribe Carrillo</i> | Tesorero (a)                                     |                       |                       |
| <i>N2-ELIMINADO 6</i>        | Responsable de nutrición y educación alimentaria |                       |                       |
| <i>Las Janet Rojas A.</i>    | Responsable de calidad alimentaria               |                       |                       |
| <i>Mariela Garcia</i>        | Responsable de vigilancia nutricional            |                       |                       |
| <i>N3-ELIMINADO 6</i>        | Responsable de huerto escolar                    |                       |                       |
| <i>N3-ELIMINADO 6</i>        | Responsable de vigilancia ciudadana              |                       |                       |

*Beatriz Adriana Villa Chávez      Adriana Villa*

Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal



Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana  
Favor de no dejar espacios en blanco, en caso de que la pregunta no aplique marcar con una / o poner N/A.

**ANEXO 2  
2DA MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA  
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Municipio: Puerto Vallarta Fecha: 6-SEPTIEMBRE-2024  
 Localidad: Paso ancho Clave Escolar 14DJN1917H  
 Nombre del enlace que lleva a cabo la reunión ADRIANA VILHA CHAVEZ  
 Nombre del Comité: PUERTO VALLARTA - AE-07  
NOMBRE MUNICIPIO-INICIALES PROGRAMA-NUM. CONSEC.

**Objetivo de la reunión**

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

- Dar seguimiento a las actividades de Contraloría Social a través del llenado de la 2da cédula de vigilancia.
- Concluir las actividades de Contraloría social a través del llenado del Informe de Comité
- Otro:

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

- Levantamiento de 2da Cédula de Vigilancia por el Comité
- Levantamiento del Informe del Comité por el Comité
- Llenar la Minuta de reunión y registro de asistencia
- Dar a conocer los resultados de la Contraloría Social.

**Resultados de la reunión**

Redactar brevemente las necesidades, opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité, así como (si fuera el caso) las denuncias o reportes.

*SE LIEVARAN A CABO TODAS LAS  
ACTIVIDADES ANTES MENCIONADAS.*

**Acuerdos y compromisos**

Establecer fecha de cumplimiento y responsable.

| Acuerdos   | Fecha             | Responsable    |
|--|-------------------|----------------|
| <i>SEGUIR OPERANDO EL PROGRAMA CON TRANS. - PARENCIA</i> | <i>06/09/2024</i> | N5-ELIMINADO 6 |

**ANEXO 2  
2DA MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA  
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

| REGISTRO DE ASISTENCIA |                                |                |
|------------------------|--------------------------------|----------------|
| No.                    | Nombre del Asistente           | Firma          |
| 1                      | Beatriz Gómez García           | N6-ELIMINADO 6 |
| 2                      | Mariela Guadalupe García       |                |
| 3                      | Brisa Idali Porras Velazquez   |                |
| 4                      | Fátima Alejandra Muñoz Ramírez |                |
| 5                      | Ins. Shanet Rosas Nobasco      |                |
| 6                      | Selene Rubio Carrillo          |                |
| 7                      |                                |                |
| 8                      |                                |                |
| 9                      |                                |                |
| 10                     |                                |                |
| 11                     |                                |                |
| 12                     |                                |                |
| 13                     |                                |                |
| 14                     |                                |                |
| 15                     |                                |                |

Beatriz Gómez García N7-ELIMINADO 6  
Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

Beatriz Adriana Villa Chávez Adriana Villa  
Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal



**ANEXO 2**  
**2DA MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA**  
**PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR 2024**

| REGISTRO DE ASISTENCIA |                      |       |
|------------------------|----------------------|-------|
| No.                    | Nombre del Asistente | Firma |
| 16                     |                      |       |
| 17                     |                      |       |
| 18                     |                      |       |
| 19                     |                      |       |
| 20                     |                      |       |
| 21                     |                      |       |
| 22                     |                      |       |
| 23                     |                      |       |
| 24                     |                      |       |
| 25                     |                      |       |
| 26                     |                      |       |
| 27                     |                      |       |
| 28                     |                      |       |
| 29                     |                      |       |
| 30                     |                      |       |

*Beatriz Gomez Garcia*

N8-ELIMINADO 6

Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*Beatriz Adriana Villa Chavez Adriana Villa*

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.

3.- 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.

4.- ELIMINADO el número de teléfono celular 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 fracción IX de la LPDPPSOEJM y Lineamiento Quincuagésimo Octavo fracción I de los LGPPICR.

5.- 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.

6.- 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.

7.- 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.

8.- 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."