

**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 - 42
Nombre del Plantel Escolar	EMANCIPACION
Nombre del Programa	Programa Alimentación Escolar

Dependencia que ejecuta el programa	SMDIF - 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		Otra. Especifique:	

1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?

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

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

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

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

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

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?	
--	-----------------------------	-----------	--

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		
Si la respuesta es Si contestar las preguntas 9,10,11,11.1,12 y 13. Si la respuesta es NO pasar a la pregunta 14.		
*9.- Cuántas recibió? <input type="text"/>		
*10.- ¿Sobre qué eran?		
<input type="text"/> Aplicación del recurso	¿Cuántas	<input type="text"/>
<input type="text"/> Ejecución del programa	¿Cuántas	<input checked="" type="text"/>
<input type="text"/> Irregularidades en el apoyo	¿Cuántas	<input type="text"/>
<input type="text"/> Otro:	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**

*15.- 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>Leticia Guadalupe Arriaga Martínez</i>	Presidenta (e)	<i>N1-ELIMINADO 6</i>	<i>N2-ELIMINADO 5</i>
<i>Risela Monserrat Martínez González</i>	Tesorero (a)		
<i>Obdulia Rodríguez Ramos</i>	Responsable de nutrición y educación alimentaria		
<i>Lorena Hdez. Bta.</i>	Responsable de calidad alimentaria		
<i>Martín Martínez Hdez</i>	Responsable de vigilancia nutricional		
<i>Carleen Zulema Bernal</i>	Responsable de huerto escolar		
	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-SEP-2024
 Localidad: Itapaluca centro Clave Escolar: 14DPR2934V
 Nombre del enlace que lleva a cabo la reunión: ADRIANA VILHA
 Nombre del Comité: PUERTO VALLARTA - AE - 42
NOMBRE MUNICIPIO-INICIALES PROGRAMA-NUM CONSEJ.

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
<u>CONTINUAR CON LA CORRECTA OPERACIÓN DEL PROGRAMA.</u>	<u>06/09/2024</u>	<u>N3-ELIMINADO</u> 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	Claudia Gabriela Fernandez Fgz	N4-ELIMINADO 6
2	Lorena Hernandez Bautista	
3	Piricila Monserrat Martinez Gonzalez	
4	Rosa Edelmira Perez Lopez	
5	Lidia de Jesus Ramirez Cervantes	
6	Maria Macias Hernandez	
7	Rosa Angelica Alvarez Vidrio	
8	Leticia Guadalupe Arciniega	
9	Valeria Leonardo Prego	
10	Obdulia Rodriguez Ramos	
11	Laralen Zuliana Berral Osuna	
12		
13		
14		
15		

N5-ELIMINADO 6

Leticia Guadalupe Arciniega Martinez
 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia

Beatriz Adriana Villa Chavez 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		

Leticia Guadalupe Arciniega Martinez N6-ELIMINADO 6
 Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia C

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.- 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.

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.- 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.

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.

* "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."