

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 09/08/2024

Nombre del Comité: SANTA CRUZ DE QUELITAN-GRUPOS PRIORITARIO-2024  
Localidad-Grupos Prioritarios-2024

**Objetivo de la reunión**

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

*Seguir con el trabajo de Contabilidad Social*

**Programa de la reunión**

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

*La Segunda Cede de Vigilancia  
Monto de reunión y registro de Asistencia.*

**Actividades adicionales**

*Ninguna.*

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

*Buena participación de todos, mucha puntualidad*

**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	Terega Torres Navarro	N1-ELIMINADO 6
2	Maria de la Luz Peña Navarro	
3	claudia Tello valdez	
4	Emilia Zuniga	
5	Alvaro Pineda Lopez	

Teresa Torres N 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

**Sello del SMDIF**  
**DIF**  
Puerto Vallarta  
DIRECCIÓN

**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	SANTA CRUZ DE QUELITAN-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:**

<input checked="" type="checkbox"/> Buena	
<input type="checkbox"/> Regular	¿Cómo fue el trato?
<input type="checkbox"/> 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"/> Si	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"/> Si	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?	No
		¿Por qué no las presento?
<b>12.- ¿En donde las presentó?</b>		
<input type="checkbox"/> Dependencia Federal	<input type="checkbox"/> Dependencia Municipal	
<input type="checkbox"/> Dependencia Estatal	<input type="checkbox"/> Otro. Especifique	
<b>13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, quién le recibió las quejas o denuncias.</b>		
<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"/> <b>Si</b> ¿Cuáles? <i>Mejor Comedores</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?
<b>16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b> ¿Cada cuándo? <i>Cada mes</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?
<b>17.- ¿Qué temas tratan?</b> <i>Comer sano tomar bastante agua</i>	
<b>18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b> ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?
<b>19.- ¿Informo a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana que obtuvo?</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Si</b> ¿De qué manera? <i>Verbal</i>	<input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?

*Teresa Torres N* N3-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.

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.

\* "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."