

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

ANEXO 2

**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 Bravo 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

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

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

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