

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 4/09/2024

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?

terminar el trabajo

Programa de la reunión

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

hacer el informe final
Aplicar de la minuta 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

Más trabajo en equipo, buen resultado.

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	<input checked="" type="checkbox"/>	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	Teresa Torres N	Teresa Torres N
2	Maria de la Luz Peña Navamo	M ^{ca} de la Luz Peña
3	Claudia Tello Valdéz	Claudia T. V.
4	Emilia Zuniga	Emilia Zuniga
5	Genaro Bravo Rojas	Genaro Bravo Rojas

Teresa Torres N Teresa Torres N
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



**ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

Fecha	11/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	SANTA CRUZ DE QUELITAN-GRUPOS PRIORITARIOS-2024
Nombre del Programa	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios

Dependencia que ejecuta el programa	SISTEMA DIF MUNICIPAL PUERTO VALLARTA
Periodo de ejecución	01 de enero al 30 de septiembre del 2024
Descripción del apoyo (En qué consiste el apoyo alimentario)	Entrega de apoyo en especie consistente en una dotación alimentaria integrada por alimentos básicos y complementarios.

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 checked="" type="checkbox"/>	Otra. Especifique:

1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?

Verbalmente
 Díptico o trípticos
 Otra. Especifique:

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

SI
 NO

¿Cuántas realizó al año?

¿Por qué?

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

SI
 NO

¿Por qué?

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

aprendimos mucho

5.- ¿Se cumplieron las metas del apoyo en los tiempos establecidos?

SI
 NO

¿Por qué?

**ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser persona beneficiaria del programa?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Lo denunció?"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Para qué fin se utilizó el"/> <input type="text" value="Político"/> <input type="text" value="Lucro"/> <input type="text" value="Otro"/>
<input checked="" type="checkbox"/> NO	
8.- ¿Recibió usted, quejas 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 12.1, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 13.	
9.- Cuántas recibió?	<input type="text"/>
10.- ¿Sobre qué eran?	
Aplicación del recurso	<input type="text" value="¿Cuántas"/> <input type="text"/>
Ejecución del programa	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Irregularidades en el apoyo otorgado	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Otro:	<input type="text" value="Especifique"/>
11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="text" value="¿Por qué no las presentó?"/>
11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja	
12.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12.1 En qué sentido fueron las respuestas?	
Sanciones administrativas	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Sanciones civiles	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Sanciones penales	<input type="text" value="¿Cuántas"/>
Otras:	<input type="text" value="Especifique"/>

**ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

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

5

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

NOMBRE	CARGO	FIRMA	TELEFONO
Teresa Torres N	Presidenta (e)	Teresa Torres N	3991113961
Genov Brax	Responsable de nutrición y educación alimentaria	Genov Brax	3319121321
Emilia Zuniga	Responsable de calidad alimentaria	Emilia Zuniga	3222134292
Maria de la Luz Peña Navas	Responsable de vigilancia nutricional	Maria de la Luz Peña Navas	3223531266
Claudia Tello Valdez	Responsable de vigilancia ciudadana	Claudia T. V.	3992943016

Teresa Torres N Teresa Torres N

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

AGUSTINA LAZARO IGNACIO

Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

