

### DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 02/08/2024

Nombre del Comité: VALENTIN GOMEZ FARIAS-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

#### Objetivo de la reunión

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

Continuar con el trabajo del comité de contabilidad social.

#### Programa de la reunión

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

Realizar la segunda cédula de Vigilancia.  
- Realizar la minuta de reunión y el registro de asistencia del comité.

#### Actividades adicionales

Ninguna.

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

bomito trabajo en equipo.

**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	X	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	Petra CURIEL LOPEZ	N1-ELIMINADO 6
2	Evangelina LOPEZ	
3	- Maria del Rocio Morales Madra	
4	- Escleriana Lopez Cruz	
5	- PATRICIA GRACIELA CASTILLO TEJED	

Petra CURIEL LOPEZ  
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 3  
CÉDULA DE VIGILANCIA  
PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS 2024**

**DATOS GENERALES**

Estado	Jalisco	Fecha	02/08/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA		
Nombre del Comité	VALENTIN GOMEZ FARIAS-GRUPOS PRIORITARIOS-2024		
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios		
Fecha en que le dieron el apoyo	02-08-2024		

**1.- El comité lo integran:**

Cantidad de Hombres	0	Cantidad de Mujeres	5
---------------------	---	---------------------	---

**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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Le explicaron por qué no?"/>
<b>7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text" value="¿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"/> Sí	<input type="text" value="¿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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
<b>10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de las personas beneficiarias o integrantes del Comité?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text" value="¿Cuántas quejas?"/>	<input type="text" value="¿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"/> Sí	<input type="text" value="¿Cuántas entrego?"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>
<b>12.- ¿En donde las presentó?</b>		
<input type="text" value="Dependencia Federal"/>	<input type="text" value="Dependencia Municipal"/>	
<input type="text" value="Dependencia Estatal"/>	<input type="text" value="Otro. Especifique"/>	
<b>13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, quién le recibió las quejas o denuncias.</b>		
<input type="text"/>		
<b>14.- ¿Le dieron respuesta a las quejas que presentó?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí	<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>Mayor puntualidad</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 sanamente, tomar agua natural.</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?	<input type="checkbox"/> <b>No</b> ¿Por qué?

*Petracubiel Lopez*  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



## 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.

\* "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."