

### DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 02/09/2024

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?

Dar el informe final de contabilidad social.

Programa de la reunión

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

Hacer el informe final  
Hacer la minuta de reunión y el registro de asistencia del comité.





Actividades adicionales

no hubo

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

Mejor organización, y capacitación

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	
2	Evangelina Lopez	Evangelina Lopez
3	Maria del Rocio Morales Nadora	
4	Rebeca Rojas Cruz	
5	PATRICIA GRACIELA CASTILLO TEJEDA	


  
 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	02/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	VALENTIN GOMEZ FARIAS-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: *Coordinación de trabajo*

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

SI
  NO
 ¿Cuántas realizó al año?

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?

*Mayor compromiso al programa*

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
Petracuriel Lopez	Presidenta (e)		3991750047
Evangelina Lopez	Responsable de nutrición y educación alimentaria	Evangelina Lopez	
Maria del Rocío Hernández	Responsable de calidad alimentaria		3221498298
Edmundo Lopez	Responsable de vigilancia nutricional	Edmundo Lopez	3221686228
PATRICIA GRACIELA BASTILLO TEJEDA	Responsable de vigilancia ciudadana		3221217507

Petracuriel Lopez   
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

