

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 11/09/2024

Nombre del Comité: VISTA HERMOSA-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

Objetivo de la reunión

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

Dar por ~~terminado~~ el informe de Contraloría Social.

Programa de la reunión

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

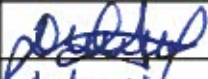


en la minuta de Reunion. se dio por ~~terminado~~ el trabajo del Comité. ultimo informe del Comité.


Actividades adicionales

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

todos participaron, dar las gracias por este programa

Herramientas de trabajo utilizadas para la vigilancia:	SI	CUANTOS	NO
Asesoría a los Comités de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana	0	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	Maria Dolores Godínez	
2	Martha Rómulo Herrera	Martha R. H.
3	EUSA SALAZAR GARCIA	
4	Mrs. Del Rosario Davila L.	Mrs. Del Rosario Davila L.
5	Leticia Galeana Martinez	

Maria Dolores Godínez 
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	VISTA HERMOSA-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	Otra. Especifique:

1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?

Verbalmente
 Dúptico o trípticos
 Otra. Especifique: Cuaderno de trabajo

2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?

SI
 ¿Cuántas realizó al año? 2
 NO
 ¿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?

sin problemas

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 <="" td="" type="text" value="¿Lo denunció?"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>	
7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?		
<input type="checkbox"/> SI	<input text"="" 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	¿Cuántas	<input type="text"/>
Ejecución del programa	¿Cuántas	
Irregularidades en el apoyo otorgado	¿Cuántas	
Otro:	Especifique	
11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input <="" td="" 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	¿Cuántas	
Sanciones civiles	¿Cuántas	
Sanciones penales	¿Cuántas	
Otras:	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
Maria Dolores Godínez	Presidenta (e)		3222400921
Martínez Herrera	Responsable de nutrición y educación alimentaria	Martha R. H.	3222311017
Brisa Sucerro Galeana	Responsable de calidad alimentaria		3222424972.
María del Rosario Dávila	Responsable de vigilancia nutricional	María del Rosario Dávila	322-6889922
Leticia Galeana	Responsable de vigilancia ciudadana		3221170808

Maria Dolores Godínez 
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

