

### DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA

Fecha: 03/09/2024

Nombre del Comité: LA AURORA-GRUPOS PRIORITARIO-2024

Localidad-Grupos Prioritarios-2024

#### Objetivo de la reunión

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

*Dar el último informe del trabajo de control social.*

#### Programa de la reunión

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

- 1.- Aplicación de informe final*
- 2.- Aplicación de la minuta de la reunión y registro de asistencia.*

#### Actividades adicionales

*(Empty box with diagonal lines)*

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

*se trabajó conforme a lo establecido en el trabajo del comité.*

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	Heriberto López Oroasco	N1-ELIMINADO 6
2	Gabriel Córdoba Magaña	
3	Gualdo Villagambra	
4	Agustina Pérez	
5	M.A. Teresa Lima Cruz	

Heriberto López Oroasco  
 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	03/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	LA AURORA-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
 ¿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?

un buen desempeño de trabajo

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**

<b>6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser persona beneficiaria del programa?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Lo denunció?"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>		
<b>7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?</b>			
<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			
<b>8.- ¿Recibió usted, quejas o denuncias por parte de las personas beneficiarias?</b>			
<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.			
<b>9.- Cuántas recibió?</b>			
	<input type="text"/>		
<b>10.- ¿Sobre qué eran?</b>			
<b>Aplicación del recurso</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>	<input type="text"/>	
<b>Ejecución del programa</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<b>Irregularidades en el apoyo otorgado</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<b>Otro:</b>	<input type="text" value="Especifique"/>		
<b>11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué no las presentó?"/>	
<b>11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja</b>			
<input type="text"/>			
<b>12.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?</b>			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<b>12.1 En qué sentido fueron las respuestas?</b>			
<b>Sanciones administrativas</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<b>Sanciones civiles</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<b>Sanciones penales</b>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<b>Otras:</b>	<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
Heriberto Lopez O.	Presidenta (e)	N2-ELIMINADO 6	N3-ELIMINADO 5
Gabrielto Cordoba Magañas	Responsable de nutrición y educación alimentaria		
Guacolda Pella	Responsable de calidad alimentaria		
Justa Maria Per	Responsable de vigilancia nutricional		
M.A. Teresa Jimenez	Responsable de vigilancia ciudadana		

Heriberto Lopez Oros  
Nombre y firma de la representante del Comité

AGUSTINA LAZARO IGNACIO  
Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal





## FUNDAMENTO LEGAL

1.- ELIMINADA la firma de particular, 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, 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.- ELIMINADO el número de teléfono celular de particular, 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 fracción IX 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."