

## DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: PUERTO VALLARTA Fecha: 05/09/2024Nombre del Comité: LAGUNA DEL VALLE - GRUPOS PRIORITARIOS - 2024  
Localidad-Grupos Prioritarios-2024

## Objetivo de la reunión

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

DAR A CONOCER EL ÚLTIMO INFORME DE CONTRA-  
LORIA SOCIAL.

## Programa de la reunión

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

1. - APLICACIÓN DE LA INFORME FINAL DE VIGILANCIA
2. - APLICACIÓN DE LA MINUTA DE REUNION 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

SE TRABAJO CONFORME A LO ESTABLECIDO EN  
EL COMITE.

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	Enrique Jimenez	N1-ELIMINADO 6
2	Francisco Olivarez Rosales	
3	Andrea Peseñati	
4	Angelica duarez Hernandez	
5	Katya del Rosario Robles Castellón	

Katya del Rosario Robles Castellón  
Nombre y firma de la o el representante del Comité de Contraloría Social y

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	05/09/2024
Municipio	PUERTO VALLARTA
Nombre del Comité	LAGUNA DEL VALLE-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? 
 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?

excelente 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>			
<input type="text" value="Aplicación del recurso"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>	<input type="text"/>	
<input type="text" value="Ejecución del programa"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<input type="text" value="Irregularidades en el apoyo otorgado"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<input type="text" value="Otro:"/>	<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>			
<input type="text" value="Sanciones administrativas"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<input type="text" value="Sanciones civiles"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<input type="text" value="Sanciones penales"/>	<input type="text" value="¿Cuántas"/>		
<input type="text" value="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	TELÉFONO
<i>Emilia Jimenez</i>	Presidenta (e)	<i>[Firma]</i> N2-ELIMINADO 6	N3-ELIMINADO 5
<i>Francisco Olvera</i>	Responsable de nutrición y educación alimentaria		
<i>Andrea Rosendiz</i>	Responsable de calidad alimentaria		
<i>Angelica Lopez H</i>	Responsable de vigilancia nutricional		
<i>Katya del Rosario R.C.</i>	Responsable de vigilancia ciudadana		

*Katya del Rosario Robles C.*  
Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social y Vigilancia Ciudadana

*[Firma]*  
**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."