

**ACTA DE REGISTRO COMITÉ DE VALIDACIÓN PAAD**

CLAVE DE REGISTRO	17	PAAD-MPIO LOCALIDAD-APOYO
DEPENDENCIA	DIF JALISCO	
FECHA DE CONSTITUCIÓN	16-05-16	
DOMICILIO	Obregon 92	
NÚMERO DEL COMITÉ O REPRESENTANTE	4	

NOMBRE DEL PROGRAMA	PAAD
INSTANCIA NORMATIVA	DIF JALISCO
INSTANCIA EJECUTORA	DIF MUNICIPAL
RECURSO A VIGILAR	Edmo 33, Recurso Federal
FECHA O PERIODO DEL APOYO	SEP 2015 - DIC 2016

**INTEGRANTES DEL COMITÉ**

Inserte tantos cuadros como sean necesarios de acuerdo al número total de integrantes del comité

NOMBRE	Havia de Jesus
APellido PATERNO	Cervantes
APellido MATERNO	Rivera
EDAD	41 años
SEXO	F
DIRECCIÓN	30 de Noviembre #105A
TELÉFONO	3311535550
CORREO ELECTRONICO	
AVARITO	PRESIDENTA
FIRMA	Ma. de Jesus C.R.

NOMBRE	Maura Pin
APELLIDO PATERNO	Pineta
APELLIDO MATERNO	Villagana
EDAD	39
SEXO	F
DIRECCION	TAVIER TAVIER MINA #12
TELEFONO	3312098342
CORREO ELECTRONICO	
AMBITO	SECRETARIA
FIRMA	Maura P.V.

NOMBRE	Ana Maria Dobos
APELLIDO PATERNO	Manzana
APELLIDO MATERNO	Arreda
EDAD	39
SEXO	F
DIRECCION	Sta Rosa #95
TELEFONO	3310969367
CORREO ELECTRONICO	
AMBITO	TESORERA
FIRMA	Ana Maria Dominguez D.

NOMBRE	Maria del Consuelo
APELLIDO PATERNO	Castierri
APELLIDO MATERNO	Sosa
EDAD	
SEXO	F
DIRECCION	16 septiembre 114
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	VOCAL
AMBITO	
FIRMA	firm. del Consuelo Castierri

COMPROMISOS	<p>DESCRIPCION DE LAS FUNCIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar que se cubre unicamente la cuota de recuperacion estipulada.</li> <li>2. Verificar que los beneficiarios cumplan con los requisitos de inclusion del programa.</li> <li>3. Verificar la impartición mensual de pláticas de Orientación Alimentaria.</li> <li>4. Coadyuvar en la promoción de la transparencia y el combate a la corrupción y la gestión pública.</li> <li>5. Propiciar la participación de los beneficiarios en las actividades de seguimiento, supervisión y vigilancia del programa.</li> <li>6. Vigilar que el beneficiario reciba su despensa (cada mes) según reglas de operación.</li> <li>7. Informar al Sistema DIF municipal y/o al Delegado cualquier anomalía en todo el proceso de entrega, receptor de despensas a beneficiarios.</li> <li>8. Apoyar de ser necesario en la entrega de las despensas PMAO, con la cuota de recuperación, apoyar en conectar para las pláticas de Orientación Alimentaria.</li> <li>9. Denunciar en caso necesario de alguna anomalía al tel. 01800 4663786 gratuito de la Contraloría Social del Estado y a la Dirección de Asistencia Alimentaria de DIF Jalisco al tel. 33 30 39 00 ext. 132 y 133. No. gratuito DIF Jalisco 018003000343.</li> </ol>
-------------	--

Ma. de Jesús C.A.  
 Presidente

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACIÓN

Blanca Estrella Ravine Directora DIF   
 NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL ENLACE DEL SMOIF



CÉDULA DE VIGILANCIA

PROGRAMA	PARAD
MUNICIPIO	IXTLAHUACAN DE LOS MEMEBLIDOS
LOCALIDAD	BUENA VISTA
FECHA DE LLENADO	22/AGO/16
PERIODO DE REVISION	2015
NUMERO DE REGISTRO DEL COMITE	

INTEGRANTES DEL COMITE

Inserte tantos cuadros como sean necesarios de acuerdo al número total de integrantes del comité

NOMBRE	MARCELO
APELLIDO PATERNO	CEVALES
APELLIDO MATERNO	RUERO
EDAD	41 años
SEXO	F
DIRECCION	20 de Noviembre #105 A
TELEFONO	33 11 53 5550
CORREO ELECTRONICO	
CARGO	PRESIDENTA
FIRMA	MARCELO
NOMBRE	MARCELO
APELLIDO PATERNO	CEVALES
APELLIDO MATERNO	RUERO
EDAD	41 años
SEXO	F
DIRECCION	Javier Mina #12

TELÉFONO	93-10-96-93-67
CORREO ELECTRÓNICO	
CARGO	SECRETARIA
FIRMA	MAYRA P.V.

NOMBRE	Ana María
APELLIDO PATERNO	Munguica
APELLIDO MATERNO	Azevedo
EDAD	39
SEXO	F
DIRECCIÓN	Sh. Rosa #9
TELÉFONO	3310969367
CORREO ELECTRÓNICO	
CARGO	TESORERA
FIRMA	Ana María D. Munguica R.

NOMBRE	María del Consuelo
APELLIDO PATERNO	Suárez
APELLIDO MATERNO	Sosa
EDAD	
SEXO	F
DIRECCIÓN	16 de septiembre 119
TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO	
CARGO	VOCA
FIRMA	Maria del Consuelo Suárez Sosa

¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS ES BUENA?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO
¿SE HA CUMPLIDO CON LA CUOTA DE RECUPERACIÓN?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO
¿LOS ALIMENTOS SE HAN ENTREGADO EN TIEMPO?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO

EXCELLENCE

OBSERVACIONES	¿EL CONTENIDO DE LAS DISPENSAS ES SATISFACTORIO?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿SE HAN OTORGADO LAS PLÁTICAS DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿HAN EXISTIDO ALGUNA INCONFORMIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Cada entrega a estado todo muy bien Felicidades al personal del dif por su trabajo</p>			

Ana Hilda Hanguin Arceola tesorera

NOMBRE CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACIÓN

Alondra Yanet M.C.

Alondra Yanet Morales Cervantes

"Coordinadora PAFD"

NOMBRE CARGO Y FIRMA ENLACE DEL SMDIF

INFORME ANUAL DE COMITÉ SOCIAL PAAD

NOMBRE DEL LUGAR	
NÚMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ O BENEFICIARIO	4
ENLACE DEL PROGRAMA	Alondra mordles

NOMBRE DEL PROGRAMA	PAAD
NOMBRE DEL SUBPROGRAMA	PAAD
TIPO DE AYUDA	Dotacion PAAD
FECHA O PERIODO DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO	Padron 2015
LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO	Buenavista
NÚMERO DE HOMBRRES Y MUJERES BENEFICIARIOS POR EL APORTO	

1	VERIFICAR QUE SE CORRE ÚNICAMENTE LA CUOTA DE RECURSOS ESTIPULADA	2	VIGILAR QUE EL BENEFICIARIO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE INCLUSIÓN DEL PROGRAMA	3	VIGILAR QUE EL BENEFICIARIO RECIBA SU DISPENSA CADA MES SEGÚN REGLAS DE OPERACIÓN
---	---	---	---	---	---

1. ¿Que actividades de control social realizó el comité? ¿Bueno elegir más de una opción?		4	INFORMAR AL SISTEMA MUNICIPAL DE V/O AL DELEGADO ESTATAL DEL DIF JALISCO CUALQUIER ANOMALIA DETECTADA EN TODO EL PROCESO DE ENTREGA, RECEPCION DE LA DOTACION A LOS BENEFICIARIOS	5	ADIVAR DE SER NECESARIO EN LA ENTREGA DE LAS DESPENSAS PAAO CON LA CUOTA DE RECUPERACION, ANOTAR EN LA CONVOCAR PARA LAS PLATICAS DE <u>DIRECCIONES ALIMENTARIA</u>	6	DENUNCIAR EN CASO NECESARIO DE ALGUNA ANOMALIA AL TEL. 018002117899 GRATUITO DE LA CONTRALORIA SOCIAL DEL ESTADO, AL DIF JALISCO Y A LA DIRECCION DE SEGURIDAD ALIMENTARIAS SEDIF AL TEL. 900-880 EXT. 620, 130 Y 131 TAMBIEN ESTA DISPONIBLE EL CORREO NUTRICIONEXTIVASCOLAR DIF@REDJALISCO.GOB.MEX
2. ¿Para que les sirvió participar en actividades de control social?		1	Para recibir mejor calidad en los bienes y servicios del programa	2	Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios	3	Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios
3. ¿Recibió la información necesaria para ejercer las actividades de control social?		4	Para que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuenta de los recursos del programa	5	Para lograr que el programa funcione mejor	6	Para que se atiendan nuestras quejas
4. ¿Solicitó la información necesaria para ejercer las actividades de control social a la autoridad competente?				SI	NO		
5. ¿Se cumplieron los objetivos del programa?				SI	NO		
6. ¿En caso de haber quejas o denuncias sobre la realización del proyecto, los materiales usados y los resultados, se entregó a la autoridad competente la copia?				SI	NO		
7. Brevemente exprese en que consistió la queja.				SI	NO		
B. En caso de haber quejas sobre la entrega del proyecto, ¿a que autoridad se le notifica?							



9 De la pregunta anterior, que respuesta le dieron

10. ¿Qué otras acciones de control de social realizó el Comité?

11. Registre otros elementos, resultados o comentarios que considere importantes:

Dna Maria Mercedes Areola

NOMBRE CARGO Y FIRMA INTEGRANTE DEL COMITÉ QUE LLENO EL FORMULARIO

Alondra Morales Cervantes Coordinadora PAAD

NOMBRE CARGO Y FIRMA PERSONAL QUE VALIDA POR PARTE DEL SMOIF

Maria de Jesus Cervantes Rivera

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACION



JALISCO

Lista de Asistentes a la reunion para la Integracion de Comites Sociales

Nombre del Asistente	Firma
1- Juan Jose Vargas Muñoz	
Mario Dolores Ascencio Enciso	
Laura Cervantes Hernandez	Laura Cervantes H
Bertha Alicia Haro Ramirez	Bertha Alicia Haro Ramirez
Yanet Robles Valdez	Yanet Robles V.
Antonía Rojas Torres	
Mario Luisa Levantes Pelestar	
Josefina Contreras Orozco	Josefina Contreras O.
Ma Dolores Sandoval Mejia	Ma. Dolores Sandoval M.
María del Carmen Orozco Hernandez	CARMEN OROZCO H
Ma Teresa Ramirez Luna	Ma Teresa RL
Concepción Rodriguez Gaytan	MA Concepción R.
Erica Rodriguez Visario	ERICA Rodriguez Bizano
Ma Teresa Contreras Cortez	Ma. Teresa Contreras
Luz Moreno Mercedes Alejandra	
Rosalina Haro Ramirez	Rosalina Haro
Alicia Macias Savala	
18- Maria Silahua Rojas	MARIA

### Lista de Asistentes a la reunion para la Integracion de Comites Sociales

Nombre del Asistente	Firma
Yesica Nancy Moreno Velazquez	Yesica Nani Moreno V.
Virginia Zaragoza Gomez	Virginia Zaragoza Gomez
Rosa Mercedes Santos	Rosa Mercedes S.
Hermelinda Castellanos Santos	Hermelinda Castellanos Santos
Cecilia Begines Iaccano	Cecy Begines I.
Celia Velazquez Garduño	Celia Velazquez
Alicia Neri Luna	Alicia Neri Luna
Maribel Enciso Hernandez	MARIBEL H.B.
Nadia Guadalupe Suardia Enciso.	Nadia Suardia
Juñta Morales Revantes	Maia Lucho Morales C
Teresa Garcia Ramos	Teresa Corio R.
Juan Jose Gonzalez Zuñiga	Juan Concepcion Gonzalez Z
Anita Torres Rojas	
Yolanda Rojas Torres	Yolanda Rojas Torres
Anita Rojas Torres	Anita Rojas Torres
Antonina Rojas Rodriguez	Antonina Rojas Rodriguez
Maria del Consuelo Gutierrez Sosa	Marta del Consuelo Gutierrez S.
Maria Eugenia Morales Revantes	Marta Eugenia Morales C.