

INFORME ANUAL DE COMITÉ SOCIAL PAAD

NOMBRE DEL LUGAR	
NÚMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ O REPRESENTANTE	
ENLACE DEL PROGRAMA	

NOMBRE DEL PROGRAMA	
NOMBRE DEL SUBPROGRAMA	
TIPO DE AYUDA	
TIPO DE ESPACIO ALIMENTARIO	
FECHA O PERÍODO DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO	
LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL PROYECTO	
NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES BENEFICIARIOS POR EL APOYO	

	1	VERIFICAR QUE SE COBRE ÚNICAMENTE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN ESTIPULADA	2	VIGILAR QUE EL BENEFICIARIOS CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE INCLUSIÓN DEL PROGRAMA	3	VIGILAR QUE EL BENEFICIARIO RECIBA SU DESPENSA CADA MES SEGÚN REGLAS DE OPERACIÓN

<p>1. ¿Qué actividades de contraloría social realizó el comité ? puede elegir mas de una opcion</p>	4	<p>INFORMAR AL SISTEMA MUNICIPAL DIF Y/O AL DELEGADO ESTATAL DEL DIF JALISCO CUALQUIER ANOMALÍA DETECTADA EN TODO EL PROCESO DE ENTREGA, RECEPCIÓN DE LA DOTACIÓN A LOS BENEFICIARIOS</p>	5	<p>APOYAR DE SER NECESARIO EN LA ENTREGA DE LAS DESPENSAS PAAD CON LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, APOYAR EN CONVOCAR PARA LAS PLÁTICAS DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA</p>	6	<p>DENUNCIAR EN CASO NECESARIO DE ALGUNA ANOMALÍA AL TEL. 018002217899 GRATUITO DE LA CONTRALORÍA SOCIAL DEL ESTADO, AL 018003000343 NÚMERO GRATUITO DEL DIF JALISCO Y A LA DIRECCIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIAS SEDIF AL TEL 3030-3800 EXT. 620, 130 Y 131. TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EL CORREO NUTRICIONEXTRAESCOLAR.DIF@RED.JALISCO.GOB.MX</p>
<p>2. ¿Para qué les sirvió participar en actividades de contraloría social?</p>	1	<p>Para recibir mejor calidad en los bienes y servicios del programa</p>	2	<p>Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios</p>	3	<p>Para cumplir mejor nuestras responsabilidades como beneficiarios</p>
	4	<p>Paara que el personal del servicio público cumpla con la obligación de rendir cuentas de los recursos del programa</p>	5	<p>Para lograr que el programa funcione mejor</p>	6	<p>Para que se atienda nuestras quejas</p>
	7	<p>Otro:</p>				
<p>3. ¿Recibió la información necesaria para ejercer las actividades de contraloría social?</p>				SI	NO	
<p>4. ¿Solicitó la información necesaria para ejercer las actividades de contraloría social, a la autoridad competente</p>				SI	NO	
<p>5. ¿Se cumplieron los objetivos del programa?</p>				SI	NO	
<p>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 queja?</p>				SI	NO	
<p>7. Brevemente exprese en que consistió la queja:</p>						

8. En caso de haber quejas sobre la entrega del proyecto, ¿a qué autoridad se le notificó ?

9. De la pregunta anterior, que respuesta le dieron:

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

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

NOMBRE CARGO Y FIRMA INTEGRANTE DEL COMITÉ QUE LLENO EL FORMATO

NOMBRE CARGO Y FIRMA PERSONAL QUE VALIDA POR PARTE DEL SMDIF

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACIÓN