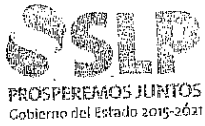


**FORMATOS DEL
AREA DE
PROGRAMAS
ALIMENTARIOS**



DIF
ESTATAL

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

ENCUESTA INICIAL DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

NOMBRE: _____
MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
PROGRAMA: _____ MODALIDAD: _____
FECHA DE APLICACIÓN: _____
RESPONSABLE DE APLICAR LA ENCUESTA: _____

INSTRUCCIONES DE LLENADO PARA EL RESPONSABLE DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA:

1. Lea cuidadosamente cada pregunta, marque con una paloma (✓) la respuesta otorgada por el beneficiario de programas alimentarios. Utiliza pluma negra.

PARTE 1. CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuántos grupos de alimentos encontramos en el plato del bien comer?

1

5

3

No sé

2. Las verduras y frutas nos proporcionan vitaminas y minerales.

Cierto

Falso

No sé

3. Las verduras y frutas proporcionan fibra y agua al organismo.

Cierto

Falso

No sé

4. Hay que incluir verduras y frutas en cada tiempo de comida (desayuno, comida, cena y colaciones).

Cierto

Falso

No sé

5. ¿Cuáles son los principales aportes de los cereales?

Energía y fibra

Vitaminas, minerales y proteína

Energía y Vitaminas

No sé



DIF
ESTATAL

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

ENCUESTA INICIAL DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

6. De la siguiente lista de alimentos menciona, si es un cereal integral o no lo es.

Cereal	No es un cereal integral	Si es un cereal integral	No sé
Pan dulce (biscochos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (de caja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hojuelas de avena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barra de amaranto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta para sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. De la siguiente lista de alimentos identifica cuales son leguminosas:

<input type="checkbox"/> Maíz	<input type="checkbox"/> Haba	<input type="checkbox"/> Soya
<input type="checkbox"/> Frijol	<input type="checkbox"/> Chícharo seco	<input type="checkbox"/> Trigo
<input type="checkbox"/> Arroz	<input type="checkbox"/> Avena	<input type="checkbox"/> Papa
<input type="checkbox"/> Garbanzo	<input type="checkbox"/> Lenteja	<input type="checkbox"/> Miel

8. En caso de no poder comer carne, de que otra forma podemos consumir proteína de buena calidad.

- Cereal + fruta Leguminosa + cereal Verdura + fruta No sé

9. La grasa es un nutriente esencial para la vida, por lo que debe formar parte de nuestra alimentación diaria.

- Cierto Falso No sé

10. El exceso de alimentos fritos, capeados y empanizados causa daño a la salud, provocando sobrepeso y obesidad.

- Cierto Falso No sé

11. El aceite comestible, puede usarse varias veces en los alimentos.

- Cierto Falso No sé

12. La falta de consumo de agua simple afecta el rendimiento físico y reduce el funcionamiento del cerebro.

- Cierto Falso No sé



DIF
ESTATAL

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

ENCUESTA INICIAL DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

13. Un refresco de 600 ml. contiene aproximadamente 7.5 cucharadas (soperas) de azúcar.

Cierto

Falso

No sé

14. Se recomienda consumir agua de fruta diariamente.

Cierto

Falso

No sé

15. Es importante leer las etiquetas de los alimentos industrializados para saber que nutrientes contiene.

Cierto

Falso

No sé

16. Es bueno para la salud consumir productos altos en sodio.

Cierto

Falso

No sé

17. Hay que lavarse las manos antes de manipular alimentos y después de ir al baño.

Cierto

Falso

No sé

18. Son los síntomas más comunes que se presentan cuando padecemos una enfermedad transmitida por alimentos.

Gripe y tos Vómito, diarrea, fiebre, dolor estomacal. Vómito, flujo nasal y diarrea. No sé

19. Los contenedores de basura deben mantenerse tapados y vaciarse con regularidad.

Cierto

Falso

No sé

20. El consumo excesivo de sal (sodio) causa hipertensión y riesgo para desarrollar enfermedades del corazón.

Cierto

Falso

No sé

21. Todos los miembros de una familia deben consumir la misma cantidad de alimentos en cada tiempo de comida.

Cierto

Falso

No sé



DIF
ESTATAL

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

ORIENTACIÓN ALIMENTARIA

ENCUESTA INICIAL DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

22. Es igual comer por hambre que por antojo.

Cierto

Falso

No sé

23. Al realizar actividad física gastamos la energía que consumimos con los alimentos.

Cierto

Falso

No sé

24. La técnica de preparación de alimentos más recomendada es freír.

Cierto

Falso

No sé

25. Alimentos como el azúcar, miel y chocolate son fuente importantes de azúcar.

Cierto

Falso

No sé

26. Alimentos como el caldo de pollo en polvo o cubos, salsa Maggie, salsa de soya, etc. son fuente importante de sodio.

Cierto

Falso

No sé

27. El desayuno es importante para el organismo, ya que es el primer alimento que recibe el cuerpo después de un largo periodo de ayuno.

Cierto

Falso

No sé

28. El desayuno correcto incluye un alimento de cada grupo.

Cierto

Falso

No sé

29. Las necesidades nutricionales de la mujer aumentan durante el embarazo.

Cierto

Falso

No sé

30. Las características de una dieta correcta de acuerdo al plato del bien comer también aplican para la mujer en periodo de lactancia.

Cierto

Falso

No sé

Numero de reactivos:

30

Valor de cada reactivo:

0.3333

Numero de aciertos:

Calificación:

CÉDULA DE SUPERVISIÓN TRIMESTRAL

Programa: _____ Modalidad: _____ Municipio: _____ Comunidad: _____
 Escuela Primaria: _____ Jardín de Niños _____ Educación Inicial: _____
 Secundaria: _____ Otra: _____ No Aplica _____
 Domicilio donde se ubica el desayunador: _____ (calle, colonia, número) _____
 No. de beneficiarios registrados en la cédula _____ No. de beneficiarios que asisten a desayunar _____
 Trimestre: ENE-FEB-MAR ABR-MAY-JUN JUL-AGO-SEP OCT-NOV-DIC AÑO _____
 Número de visitas a comunidad: _____ El servicio del Programa y/o Modalidad se brinda en: Centro Escolar: _____ Local Comunitario: _____
 Otro: _____ No Aplica: _____

ESTADO ACTUAL

En operación _____ Cerrado temporalmente _____ Baja _____ No Aplica _____
 Observaciones: _____
 Alternativas de solución: _____

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Comisión Comunitaria de Alimentación:

Completa: _____ Incompleta: _____ Número de integrantes: _____
 Explique: _____
 Alternativas de solución: _____

Local Comunitario:

¿Reúne las condiciones físicas y ambientales para resguardar los insumos?
 Sí No No Aplica
 Explique: _____
 Alternativas de solución: _____
 ¿Reúne las condiciones físicas y ambientales Para el consumo de los alimentos?
 Sí No No Aplica
 Explique: _____
 Alternativas de solución: _____

¿Los utensilios de cocina son suficientes, adecuados, lavados y desinfectados para la preparación y consumo de los alimentos?
 Sí No No Aplica
 Explique: _____
 Alternativas de solución: _____

Equipos de Trabajo

No. de equipos de trabajo que participan en la preparación de los alimentos en el mes. Número: _____ No Aplica: _____
 Observaciones: _____
 No. de personas que integran cada equipo. Mujeres: _____ Hombres: _____ Total: _____
 Observaciones: _____

Menús y Cantidades de Insumos

¿Son tomados en cuenta los menús ofrecidos?:

Si No No Aplica

Explique: _____

¿La cantidad de alimentos es servida a todos los beneficiarios de igual forma?

Si No No Aplica

Explique: _____

¿Los alimentos son preparados higiénicamente?

Si No No Aplica

Explique: _____

Alternativas de solución: _____

Cuotas de Recuperación

¿Existe registro actualizado de ingreso y egreso de cuotas de recuperación?

Si No No Aplica:

Explique: _____

Alternativas de solución: _____

¿Las cuotas de recuperación se entregan oportunamente?

Si No No Aplica:

Explique: _____

Alternativas de solución: _____

ACTIVIDADES

Capacitación:

Tema: _____

Objetivo: _____

Asistentes: _____

Asamblea o Reunión Comunitaria:

Tema: _____

Objetivo: _____

Asistentes: _____

Acuerdos: _____

Asesoría (Orientación Alimentaria):

Tema: _____

Personas: _____

Acciones concretas: _____

Observaciones: _____

Alternativas de solución: _____

Coordinaciones realizadas con otros sectores: _____

Institución: _____

Actividad solicitada: _____

Nombre y Cargo: _____

PLAN DE ACCIÓN A REALIZAR

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	FECHA	ACTIVIDAD	APOYO	RESPONSABLE	ACTIVIDADES

ELABORÓ

REVISÓ

FIRMA Y SELLO

Vc. Bo.

Responsable del Área de Alimentación del SMDIF

Presidenta, Directora y/o Coordinadora del SMDIF

Autoridad local y/o Escolar

Coordinación Regional

Anexo 1.a
Evaluación Inicial

FECHA: _____ MUNICIPIO: _____
TEMA: _____
NOMBRE: _____ PUESTO: _____
RESPONSABLE DE ORIENTACION ALIMENTARIA: _____

Instrucciones: Seleccione la respuesta correcta.

1.- Es un ejemplo de actividad física:

- a) Dormir b) Caminar c) Ver televisión d) Sentarse en el parque

2.- ¿Es el tipo de actividad física que abarca las actividades de la vida diaria como vestirse, preparar alimentos, etc..?

- a) Actividad física ligera b) Actividad física moderada o vigorosa

3.- Es el componente de la actividad física que debe incrementarse para obtener mejores beneficios:

- a) Intensidad b) Duración c) Frecuencia d) Todas las anteriores

4.- Es el tipo de actividad física que aporta mayores beneficios a la salud:

- a) Actividad física ligera b) Actividad física moderada o vigorosa

5.- Son el tipo de persona al que se recomienda realizar actividad física:

- a) Personas con sobrepeso b) Personas con diabetes
c) Personas con peso normal d) Todas las anteriores

Instrucciones: Escriba "V" para verdadero y "F" para falso.

6.- La actividad física es cualquier movimiento corporal que requiera más energía que estando en reposo ____.

7.- Nuestro cuerpo no está diseñado para una vida activa ____.

8.- Cuando hacemos actividad física gastamos la energía que consumimos con los alimentos ____.

9.- El realizar actividad física moderada o vigorosa está asociado con padecer enfermedades ____.

10.- Realizar actividad física mejora el autoestima ____.



DIRECCIÓN GENERAL DE ALIMENTACIÓN
DESARROLLO COMUNITARIO



DIF
ESTATAL



Anexo 1.b Evaluación Final

FECHA: _____ MUNICIPIO: _____
 TEMA: _____
 NOMBRE: _____ PUESTO: _____
 RESPONSABLE DE ORIENTACION ALIMENTARIA: _____

Instrucciones: Seleccione la respuesta correcta.

- 1.- Es un ejemplo de actividad física:
 a) Dormir b) Caminar c) Ver televisión d) Sentarse en el parque
- 2.- ¿Es el tipo de actividad física que abarca las actividades de la vida diaria como vestirse, preparar alimentos, etc...?
 a) Actividad física ligera b) Actividad física moderada o vigorosa
- 3.- Es el componente de la actividad física que debe incrementarse para obtener mejores beneficios:
 a) Intensidad b) Duración c) Frecuencia d) Todas las anteriores
- 4.- Es el tipo de actividad física que aporta mayores beneficios a la salud:
 a) Actividad física ligera b) Actividad física moderada o vigorosa
- 5.- Son el tipo de persona al que se recomienda realizar actividad física:
 a) Personas con sobrepeso b) Personas con diabetes
 c) Personas con peso normal d) Todas las anteriores

Instrucciones: Escriba "V" para verdadero y "F" para falso.

- 6.- La actividad física es cualquier movimiento corporal que requiera más energía que estando en reposo ____.
- 7.- Nuestro cuerpo no está diseñado para una vida activa ____.
- 8.- Cuando hacemos actividad física gastamos la energía que consumimos con los alimentos ____.
- 9.- El realizar actividad física moderada o vigorosa está asociado con padecer enfermedades ____.
- 10.- Realizar actividad física mejora el autoestima ____.

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

El Plato del Bien Comer

Nombre participante:		
Fecha aplicación:		
Nombre instructor:		

I.- Instrucción: Subraye la respuesta correcta a cada una de las preguntas que se realizan. Responder tinta Negra. Dispondrán de 10 minutos para contestar la presente evaluación.

1.- Cuantos grupos de alimentos encontramos en el plato del bien comer.

- a) 4
- b) 5
- c) 3
- d) 1

2.- De acuerdo al plato del bien comer ¿De qué color está representado el grupo de los cereales?

- a) Rojo
- b) Verde
- c) Naranja
- d) Amarillo

3.- ¿Qué grupo de alimentos es rico en proteína?

- a) Verduras y Frutas
- b) Leguminosas y Alimentos de Origen Animal
- c) Cereales

4.- ¿Qué grupo de alimentos es rico en Vitamina y Minerales?

- a) Verduras y Frutas
- b) Leguminosas y Alimentos de Origen Animal
- c) Cereales

II.- Instrucción: Relaciona con una línea el grupo de alimentos al que pertenecen los siguientes alimentos.

Tortilla	Verduras y Fruta
Acelga	Cereales
Lenteja	Leguminosas y alimentos de Origen Animal
Papa	
Huevo	

III.- Instrucción: Elabora y escribe un platillo saludable.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí
Dirección de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria

INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
 Programa _____

Información prellenada por el Programa

Nombre del Comité: _____
 Localidad: _____ Municipio: _____

Nombre del apoyo vigilado: _____ Fecha de llenado de la cédula:
DÍA MES AÑO

Período de la ejecución o entrega del beneficio: Del
DÍA MES AÑO Al
DÍA MES AÑO

Clave de la entidad federativa: _____
 Clave del municipio o alcaldía: _____
 Clave de la localidad: _____

Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social

1. La información que conocen se refiere a: (pueden elegir más de una opción)

- | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Objetivos del Programa | <input type="checkbox"/> 8 | Dónde presentar quejas y denuncias |
| <input type="checkbox"/> 2 | Beneficios que otorga el Programa | <input type="checkbox"/> 9 | Derechos y obligaciones de quienes operan el programa |
| <input type="checkbox"/> 3 | Requisitos para ser beneficiario (a) | <input type="checkbox"/> 10 | Derechos y obligaciones de los beneficiarios (as) |
| <input type="checkbox"/> 4 | Tipo y monto de las obras, apoyos o servicios a realizarse | <input type="checkbox"/> 11 | Formas de hacer contraloría social |
| <input type="checkbox"/> 5 | Dependencias que aportan los recursos para el Programa | <input type="checkbox"/> 12 | Período de ejecución de la obra o fechas de entrega de los apoyos o servicios |
| <input type="checkbox"/> 6 | Dependencias que ejecutan el Programa | <input type="checkbox"/> 13 | No deseamos responder / No sabemos |
| <input type="checkbox"/> 7 | Conformación y funciones del comité o vocal | | |

2. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizaron como comité? (pueden elegir más de una opción)

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Solicitar información de las obras, apoyos o servicios | <input type="checkbox"/> 6 | Contestar informes de Contraloría Social |
| <input type="checkbox"/> 2 | Verificar el cumplimiento de las obras, apoyos o servicios | <input type="checkbox"/> 7 | Reunirse con servidores públicos y/o beneficiarios (as) |
| <input type="checkbox"/> 3 | Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa | <input type="checkbox"/> 8 | Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 | Informar a otros (as) beneficiarios (as) sobre el Programa | <input type="checkbox"/> 9 | No deseamos responder / No sabemos |
| <input type="checkbox"/> 5 | Verificar la entrega a tiempo de la obra, apoyo o servicio | | |

3. De los resultados de seguimiento, supervisión y vigilancia ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social? (pueden elegir más de una opción)

- | | | | |
|----------------------------|--|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Para gestionar o tramitar las obras, apoyos o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 6 | Para que se atiendan nuestras quejas |
| <input type="checkbox"/> 2 | Para recibir oportunamente las obras, apoyos o servicios | <input type="checkbox"/> 7 | Para que el programa funcione mejor |
| <input type="checkbox"/> 3 | Para recibir mejor calidad en las obras, apoyos o servicios del Programa | <input type="checkbox"/> 8 | Para que los servidores públicos rindan cuentas de los recursos del Programa |
| <input type="checkbox"/> 4 | Para conocer y ejercer nuestros derechos como beneficiarios (as) | <input type="checkbox"/> 9 | No deseamos responder / No sabemos |
| <input type="checkbox"/> 5 | Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (as) | | |

4. En las siguientes preguntas señalen lo que piensan, después de hacer Contraloría Social:

- 4.1 ¿El Programa entregó los beneficios correcta y oportunamente, conforme a las reglas de operación u otras normas que lo regulen? Sí 1 No 0
- 4.2 Después de realizar la supervisión de la obra, apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría? Sí 1 No 0
- 4.3 ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objetivo? Sí 1 No 0
- 4.4 ¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del Programa? Sí 1 No 0
- 4.5 ¿Entregaron las quejas y denuncias a la autoridad competente? Sí 1 No 0
- 4.6 ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente? Sí 1 No 0
5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)? Sí 1 No 0
6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres? Sí 1 No 0
7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres? Sí 1 No 0

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a: DIF Estatal San Luis Potosí, Nicolás Fernando Torre No. 500, Col. Jardín, S.L.P. Tel 4441515000. Ext. -----

Nombre y firma del/la servidor(a) público que recibe este informe _____

Nombre y firma del/la integrante del Comité _____

**FICHA DE DATOS PERSONALES
PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES**

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
 MODALIDAD: _____ CICLO ESCOLAR O EJERCICIO: _____
 NIVEL Y CENTRO ESCOLAR: _____
 CLAVE ESCOLAR: _____

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

CURP																				
Primer Apellido																				
Segundo Apellido																				
Nombre																				
Fecha Nacimiento	año:(_____) mes: (_____) día: (_____)																			
Clave Entidad Federativa de Nacimiento																			Sexo	

IDENTIFICACION DEL BENEFICIO

Clave de la Localidad del Espacio de Alimentación					Nombre de la Localidad del Espacio de Alimentación
---	--	--	--	--	--

IDENTIFICACION DEL DOMICILIO GEOGRAFICO DEL BENEFICIARIO

Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario	
Nombre del tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario	
Tipo de carretera del domicilio del beneficiario	
Tipo de Carretera Derecho de Transito	
Nombre de la Carretera del domicilio del espacio alimentario	
Tipo de Camino	
Nombre del Tipo de Camino	
Numero Exterior del Domicilio del Beneficiario	
Parte Alfanumerica del Domicilio del Beneficiario	
DERECHA Tipo Referencia 1 del Domicilio del Beneficiario	
Nombre del Tipo Referencia 1 del Domicilio del Beneficiario	
IZQUIERDA Tipo Referencia 2 del Domicilio del Beneficiario	
Nombre del Tipo Referencia 2 del Domicilio del Beneficiario	
POSTERIOR Tipo Referencia 3 del Domicilio del Beneficiario	
Nombre del Tipo Referencia 3 del Domicilio del Beneficiario	
Descripcion del Domicilio del Beneficiario	

Acta de Registro Comité de Contraloría Social

I. DATOS DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA	Desayunos Escolares	EJERCICIO FISCAL	2020
MODALIDAD			
INSTANCIA NORMATIVA	Sistema Nacional DIF		
INSTANCIA EJECUTORA	Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí		
APOYO A VIGILAR	Insumos alimentarios.		
DIRECCIÓN DE ENTREGA DE APOYOS, OBRAS Y/O SERVICIOS			

II. DATOS DEL COMITÉ COMUNITARIO y/o COMITÉ DE ESPACIOS

NOMBRE DEL COMITÉ	
NOMBRE DE LUGAR	
FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ	Día / Mes / Año
REPRESENTANTE	
INTEGRANTE	
INTEGRANTE	

III. AVISOS, FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL O REPRESENTANTE

<p>AVISO PARA LOS INTEGRANTES DEL COMITE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El presente formato se elaboró fusionando los requerimientos de información de un Acta de Registro de Comité y de un Escrito Libre establecidos en la Estrategia Marco emitida por la S.F.P. • Para la integración del presente comité, deberá ser de manera equitativa entre hombres y mujeres, cuando los (las) beneficiarios (as) se compongan de hombres y mujeres.
<p>DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener ese carácter. • Vigilar que el apoyo llegue correctamente (en cantidad, tiempo y modo programados) a los (las) beneficiarios (as). • Levantar un informe anual respecto a la recepción del apoyo recibido. • Firmar documentos que pidan el visto bueno del Comité de Contraloría Social. • Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución del programa federal.
<p>COMPROMISOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formar parte del Comité Comunitario y/o Comité de Espacios de Contraloría Social por lo menos un año. • Si en la localidad existe un Comité de Contraloría, nombrar un representante del grupo de beneficiarios para que se integre a él.

*Los firmantes, como integrantes del comité fueron electos por mayoría de votos.

Nombre y firma o huella del/la Representante del
Comité de CS

Nombre y firma o huella del/la integrante del Comité
De CS

Nombre y firma o huella del/la integrante del Comité
De CS

Nombre y firma o huella del servidor o servidora
público



Acta de Rechazo

Programa: _____

Modalidad: _____

Ciclo escolar: _____ Ejercicio: _____

En el Estado de San Luis Potosí, Municipio de _____
siendo las _____ horas del día _____ constituidos en el local donde se
brinda el servicio de la comunidad _____ con
domicilio en _____ y ante el representante del Sistema
Municipal DIF _____ y las autoridades
Comunitarias _____ y
Escolares _____ quienes actúan como testigos de
asistencia, y de acuerdo a las atribuciones que le confiere la Ley de Asistencia Social
para el Estado y Municipios de San Luis Potosí en su artículo 52 y demás relativos
aplicables, comparece _____ responsable del
Programa y/o Modalidad del Sistema Municipal DIF, quien por sus generales dijo
llamarse como ha quedado escrito, previa lectura firmando al calce para constancia y
por diligencia.- - - - -

***** DAMOS FE *****

Acto seguido comparece el responsable del Programa y/o Modalidad del Sistema Municipal DIF para manifestar que será una asamblea donde se tratarán asuntos de:

RECHAZO DE PROGRAMA Y/O MODALIDAD

ORDEN DEL DÍA

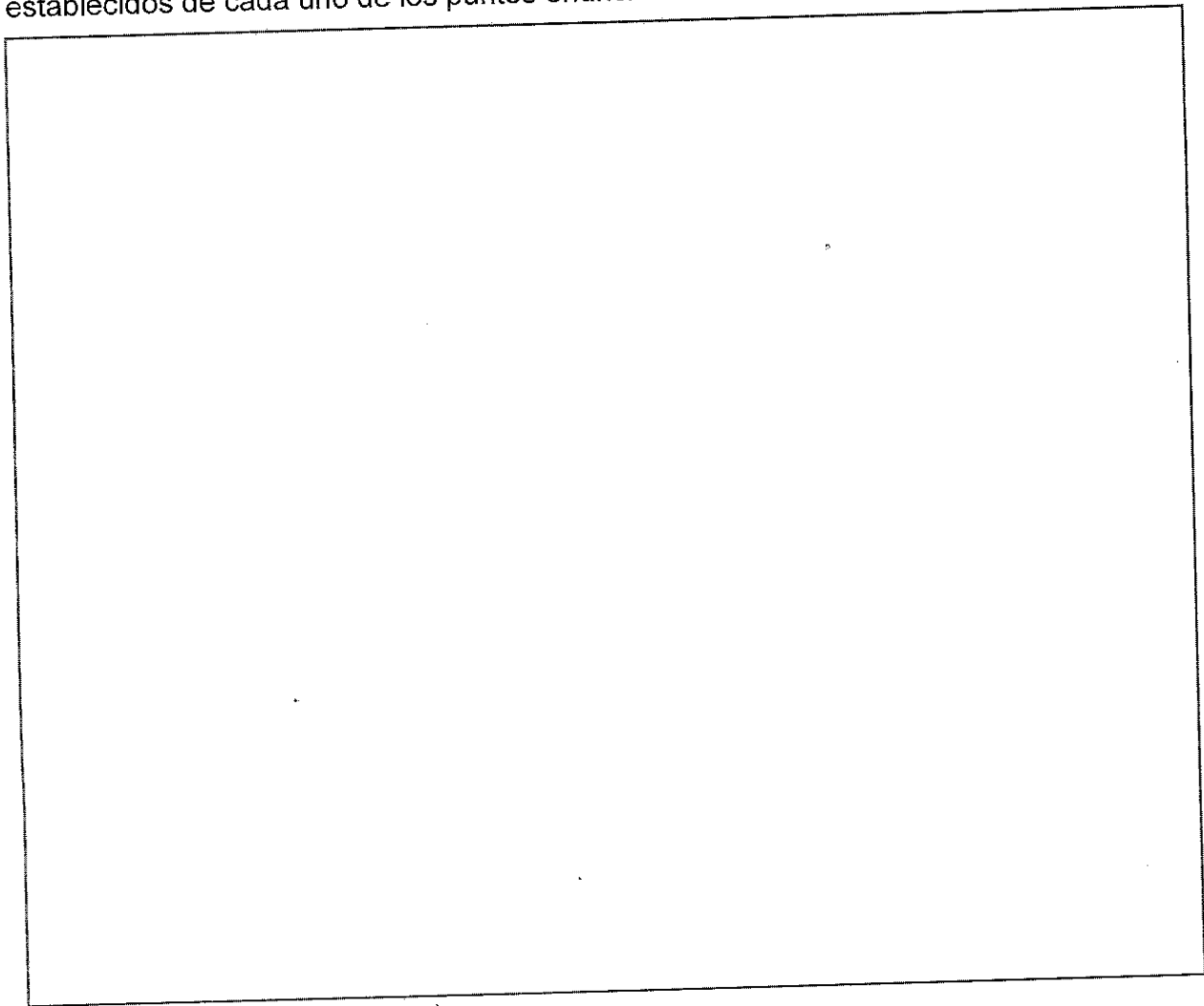
En la Presente reunión se tratarán asuntos tales como:

1. Instalación de la asamblea.
2. Objetivo de la asamblea.
3. Decisión de la asamblea.
4. Recepción de documentos, mobiliario y equipo (cuando aplica).
5. Levantamiento de lista de asistencia.

La competencia de los asuntos se refieren a:

- Escuela: Primaria _____
- Jardín de Niños _____
- Educación Inicial _____
- Secundaria _____
- Otra _____

A continuación en el siguiente espacio se indican los acuerdos y compromisos establecidos de cada uno de los puntos enunciados:

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write the agreements and commitments mentioned in the text above.

No habiendo otro asunto que tratar, se levanta la presente acta siendo las _____ horas del día, en fecha _____, firmando en ella los que intervinieron, así como los testigos de asistencia que dan fe de lo actuado.

Autoridad Escolar

Autoridad Comunitaria

Elabora

Valida

TESTIGOS

Personal Responsable de la Coordinación Regional



GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
DIF ESTATAL
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
CONTROL OPERACIONAL

Acta de Instalación

Programa: _____
Modalidad: _____ Ejercicio: _____
Ciclo escolar: _____

En el Estado de San Luis Potosí, Municipio de _____
siendo las _____ horas del día _____ constituidos en el local de la
comunidad _____ con domicilio del lugar donde se brinda el
servicio en _____ y ante el representante del Sistema
Municipal DIF, _____ y las autoridades
Comunitarias _____
y Escolares _____ quienes actúan como testigos de
asistencia, y de acuerdo a las atribuciones que le confiere la Ley de Asistencia Social
para el Estado y Municipios de San Luis Potosí en su artículo 52 y demás relativos
aplicables, comparece el (la) _____ responsable del
Programa y/o Modalidad del Sistema Municipal DIF, quien por sus generales dijo
llamarse como ha quedado escrito, previa lectura firmando al calce para constancia y
por diligencia. -----

***** DAMOS FE *****

Acto seguido comparece el responsable del Programa y/o Modalidad del Sistema
Municipal DIF para manifestar que será una asamblea donde se tratarán asuntos para:

INSTALACIÓN DEL PROGRAMA Y/O MODALIDAD EN LA COMUNIDAD

La competencia de los asuntos se refieren a:

- Escuela: Primaria _____
 Jardín de Niños _____
 Educación Inicial _____
 Secundaria _____
 Otro _____

El lugar donde se brinda el servicio alimentario se ubica en:

- Escuela _____ Local Comunitario _____
 Otro: _____ No Aplica

En la presente reunión se tratarán asuntos tales como:

1. Instalación de la Asamblea (Autoridades Comunitarias, Autoridades Municipales y Representantes de Instituciones presentes involucradas).
2. Objetivo y funcionamiento del Programa y/o Modalidad.
3. Aceptación del Programa y/o Modalidad.
4. Obligación de las Instituciones, el Municipio y de la Comunidad (explicación y comentarios).
5. Elección de la Comisión Comunitaria de Alimentación y/o Responsable del Programa en la comunidad, además del Comité de Contraloría Social (capacitación sobre las funciones, cuando aplica).
6. Informar y determinar la forma de la recuperación de cuotas, según se informa en las Reglas de Operación, (cuando aplica).
7. Establecer el plan para implementar las acciones de orientación alimentaria.
8. Cumplimiento de menús establecidos según calendario, (cuando aplica).
9. Determinar un local para brindar el servicio alimentario, (cuando aplica).
10. Levantamiento de lista de asistencia.

A continuación en el siguiente espacio se indican los acuerdos y compromisos establecidos de cada uno de los puntos enunciados:

Acto seguido se registra la **Comisión Comunitaria de Alimentación** electa:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Coordinador (a)		
Tesorero (a)		
Responsable de Salud		
Responsable de Alimentación		
Responsable de Contraloría Social.		

Conformación de Equipos de Trabajo:

Número de Equipos de Trabajo: _____, Número de mujeres participantes en los Equipos de Trabajo: ____, Número de hombres participantes en Equipos de Trabajo: ____, Total de participantes en Equipos de Trabajo _____.

***** DAMOS FE *****

No habiendo otro asunto que tratar, se levanta la presente acta siendo las _____ horas del día, en fecha _____, firmando en ella los que intervinieron, así como los testigos de asistencia que dan fe de lo actuado.

Autoridad Escolar

Autoridad Comunal

Elabora

Valida

Testigos



GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA
CONTROL OPERACIONAL

Acta de Acuerdos

Programa: _____
Modalidad: _____
Ciclo escolar: _____ Ejercicio: _____

En el Estado de San Luis Potosí, Municipio de _____ siendo las _____ horas del día _____, constituidos en el local donde se brinda el servicio de la comunidad _____ con domicilio en _____ y ante el representante del Sistema Municipal DIF _____ y las Autoridades Comunitarias _____ y Escolares _____ quienes actúan como testigos de asistencia, y de acuerdo a las atribuciones que le confiere la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí en su artículo 52 y demás relativos aplicables, comparece _____ responsable del Programa y/o Modalidad del Sistema Municipal DIF, quien por sus generales dijo llamarse como ha quedado escrito, previa lectura firmando al calce para constancia y por diligencia.-----

***** DAMOS FE *****

Acto seguido comparece el responsable del Programa y/o Modalidad del Sistema Municipal DIF para manifestar que será una asamblea donde se tratarán asuntos de:

Reinstalación

Organización

ORDEN DEL DÍA

En la presente reunión se tratarán asuntos tales como:

1. Objetivo y funcionamiento del Programa y/o Modalidad.
2. Situación del cumplimiento de los menús establecidos.
3. Determinar la forma de recuperación de las cuotas (cuando aplica).
4. Establecer el plan para implementar las acciones de orientación alimentaria.
5. Integrar la Comisión Comunitaria de Alimentación y Comité de Contraloría Social.

6. Reconocimiento del cumplimiento de sus funciones a la Comisión Comunitaria de Alimentación, saliente.
7. Entrega-recepción del Programa y/o Modalidad en la comunidad por la comisión comunitaria saliente.
8. Condiciones de uso del local comunitario para el servicio, (cuando aplica).
9. Levantamiento de lista de asistencia.

La competencia de los asuntos se refieren a:

- Escuela: Primaria _____
- Jardín de Niños _____
- Educación Inicial _____
- Secundaria _____
- Otra _____

El lugar donde se brinda el servicio alimentario se ubica en:

- Escuela _____ Local Comunitario _____
- Otro _____ No Aplica _____

A continuación en el siguiente espacio se indican los acuerdos y compromisos establecidos de cada uno de los puntos enunciados:

Acto seguido se registra la **Comisión Comunitaria de Alimentación** electa:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Coordinador (a)		
Tesorero(a)		
Responsable de Salud		
Responsable de Alimentación		
Responsable de Contraloría Social		

Conformación de Equipos de Trabajo:

Número de Equipos de Trabajo: _____, Número de mujeres participantes en los Equipos de Trabajo: _____, Número de hombres participantes en los Equipos de Trabajo: _____ Total de participantes en Equipos de Trabajo: _____.

No habiendo otro asunto que tratar, se levanta la presente acta siendo las _____ horas del día, en fecha _____, firmando en ella los que intervinieron, así como los testigos de asistencia que dan fe de lo actuado.

Autoridad Escolar

Autoridad Comunitaria

Elabora

Valida

TESTIGOS

Personal Responsable de la Coordinación Regional

**FORMATOS DEL
AREA
COORDINACION
TECNICA MUNICIPAL
DE INCLUSION
SOCIAL A PERSONAS
CON DISCAPACIDAD**



DIF
ESTATAL
CREE

RÉGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Certificado de Persona con Discapacidad:

Fecha de expedición: _____

Inst. médica otorgante: _____

Médico: _____

Cédula Prof: _____

Identificación de la Persona con Discapacidad:

Apellido paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ CURP: _____

Fecha de nacimiento: _____

Municipio de nacimiento: _____

Localidad o colonia: _____

Entidad de nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Municipio: _____

Entidad: _____

Localidad o colonia: _____

Calle: _____

Número ext.: _____ Núm. Int.: _____

Teléfono: _____ C.P.: _____

Celular: _____



DIF
ESTATAL
CREE

En caso de accidente avisar a:

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos Socio Económicos:

Nivel de instrucción: _____

Sabe leer: _____

Trabaja actualmente: _____

Identificación de la Discapacidad:

*Discapacidad 1: _____ **Grado 1: _____

*Discapacidad 2: _____ **Grado 2: _____

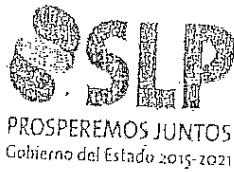
*Discapacidad 3: _____ **Grado 3: _____

Causa: _____ Disc. Múltiple: si o no

Accidente, congénita, maltrato ó enfermedad

En caso de existir una, dos ó tres discapacidades anotarlas y el grado de las mismas.

*Discapacidad		**Grado
Neuromotora	Otra	Leve
Auditiva	Ninguna	Moderado
Musculoesquelética		Grave
Visual		Ninguna
Lenguaje		
Intelectual		
Múltiple		



DIF
ESTATAL
CREE

Inicio Enf. : _____ Inicio Discap: _____
CIE Enfermedad: _____ CIE Discap: _____
Diagnóstico: _____

Derechohabiciencia:

____ SSA ____ SDN ____ SM ____ IMSS ____ DIF ____ IMSS-Solidaridad
____ PEMEX ____ ISSSTE ____ NINGUNA ____ Inst. Privada ____ Seguro Popular
____ Se ignora ____ Otra

Servicios de rehabilitación recibida a la fecha:

Médico especialista	_____	Enseñanza a señas
Terapia física	_____	Adaptación de prótesis y ortesis
Terapia ocupacional	_____	Apoyo psicológico
Terapia de lenguaje	_____	Rehabilitación profesional
Atención psiquiátrica	_____	Ninguno
Educación especial	_____	Otro

Apoyos funcionales que usa actualmente:

Prótesis de:		
Extremidades superiores	_____	Extremidades inferiores
Ortesis de:		
Extremidades superiores	_____	Tronco y cuello
Extremidades inferiores	_____	

Apoyos o ayudas:

Bastón	_____	Andadera
Silla de ruedas	_____	Muleta auxiliar
Muleta canadiense	_____	Lentes
Auxiliar auditivo	_____	Interprete
Ayudas técnicas	_____	Tablero de comunicación
Ninguno	_____	

HUELLA DEL DEDO

FIRMA DE INTERESADO

NOTA: FAVOR DE TOMAR SOLAMENTE UNA HUELLA Y MARCAR EL RECUADRO CORRESPONDIENTE

PULGAR DERECHO
INDICE DERECHO
MEDIO DERECHO
ANULAR DERECHO
MEÑIQUE DERECHO

PULGAR IZQUIERDO
INDICE IZQUIERDO
MEDIO IZQUIERDO
ANULAR IZQUIERDO
MEÑIQUE IZQUIERDO

PEGAR FOTOGRAFIA

ACTA DE NACIMIENTO :

ENTIDAD DE REGISTRO _____

MUNICIPIO DE REGISTRO _____

FECHA DE REGISTRO _____

FOLIO O ACTA No. _____

OFICIALIA: _____

LIBRO: _____

