

Población objetivo	Tipo de apoyo	Número de dotaciones	Número de menús	Insumos alimentarios	
				Responsabilidad	
				DIF Estatal	DIF Municipal y/o H. Ayuntamiento
Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia), familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19	Dotación	1	20	No Perecederos	Verdura fresca Fruta fresca

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. – INCLUSION DE FRUTA Y VERDURA FRESCA.**

La inclusión de verdura y fruta en los programas alimentarios será responsabilidad directa de “EL SISTEMA MUNICIPAL DIF”.

En el caso de que el Sistema Municipal DIF no se comprometa con la entrega de la verdura y la fruta, en asamblea comunitaria deberá determinar la estrategia para proporcionar la verdura y fruta para complementar la dotación, y deberá indicarse en las Actas de Instalación y Acuerdos.

“EL SISTEMA MUNICIPAL DIF” deberá notificar por escrito a la Directora General de este Sistema, el mecanismo de adquisición de verdura y fruta acordado en cada localidad donde opere el programa alimentario, según a las Actas de Instalación y Acuerdos.

La notificación deberá hacerla, una vez concluida la instalación y reinstalación mediante oficio que incluya lo siguiente:

- a) Nombre del programa
- b) Verdura fruta y que se entrega en la dotación
- c) Nombre de localidades a las que se otorga la verdura y fruta

Los oficios serán turnados al Coordinador de Oficinas Regionales para que realice un concentrado total de los SMDIF y lo revise con el área Jurídica para que acuerden lo procedente en el caso de que no aporten la verdura y fruta fresca. De dicho concentrado deberán turnar copia al Director de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria para su reporte al DIF Nacional a través del IPPEA.

Es importante hacer de su conocimiento que “EL DIF ESTATAL” reporta anualmente al Sistema Nacional DIF a través del Informe Parcial de Cumplimiento del Proyecto Estatal Anual (IPPEA), el mecanismo de entrega de verdura y fruta a los beneficiarios, lo que se evalúa como parte de los Indicadores de Índice de Desempeño, por lo que, si el SMDIF no cumple con esta responsabilidad, los menús y dotaciones se verán afectados en criterios de calidad nutricia.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. - OPERACIÓN DEL SERVICIO ALIMENTARIO:**

POBLACION OBJETIVO	TIPO DE APOYO	PERIODO
Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia), familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19	Dotación	La entrega será para los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto y septiembre 2021.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. - CAPACITACIÓN EN LA PREPARACIÓN DE MENÚS A LOS BENEFICIARIOS:**

Es obligación de “EL SISTEMA MUNICIPAL DIF” capacitar y asesorar a los beneficiarios en la preparación práctica de los menús. El personal de programas alimentarios de las Oficinas Regionales brindará la asesoría y apoyo que requieran los SMDIF.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- ACUSES DE DOTACION:**

“EL SISTEMA MUNICIPAL DIF” deberá entregar de forma impresa la dotación a cada Comité para Programas Alimentarios.

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” deberá enviar a “**EL DIF ESTATAL**” a través de la **Oficina Regional**, de forma electrónica los acuses de entrega de dotación a los comités para programas alimentarios en la fecha que indican las Reglas de operación. Los formatos de acuses de recibo se anexan en las Reglas de Operación vigentes, y se entregarán de forma digital, cuando se les capacite con el tema de Reglas de Operación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA:**

Es obligación de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” asignar una persona responsable para llevar a cabo las actividades de orientación y educación alimentaria, quien deberá operarla de acuerdo a como se indica en las Reglas de Operación vigentes y a la capacitación y asesoría que se le brinde por Oficinas Regionales.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA. - CAPACITACIÓN:**

“**EL DIF ESTATAL**” proporcionará capacitación para la operación correcta de los programas alimentarios a través de la Subdirección de Asistencia Alimentaria y Coordinación de Oficinas Regionales, al personal técnico y directivo que designe “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, los temas que se les proporcione, deberán estar documentados en el Programa Anual de Capacitación, cuya elaboración será responsabilidad de la Subdirección de Asistencia Alimentaria, por lo tanto, corre agregado al presente, el cronograma de temas y fechas, y es obligación de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, asistir a las capacitaciones cuando así las requiera y convoque “**EL DIF ESTATAL**”. En caso de requerir asesoría más amplia por el Responsable del Proceso, posterior a la capacitación, podrá solicitarla por escrito a la Directora General de este Sistema.

En el caso de que por causa de fuerza mayor no se pueda llevar a cabo la capacitación de forma presencial por el DIF Estatal, se proporcionará por videoconferencia o bien por envío de contenidos de capacitación.

Las capacitaciones darán inicio a las 10:00 horas y si por alguna causa de fuerza mayor no le sea posible asistir cuando se le convoque, deberá acudir con su personal de programas alimentarios en la fecha que se le indique a la Oficina Regional correspondiente, para que reciba la capacitación del tema que aplique.

La Dirección de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria, define los temas que se brindarán a “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”.

#### **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA. - VERIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS:**

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, deberá comprobar la recepción de los insumos alimentarios del programa: Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria mediante acuses de recibo de insumos alimentarios que deberán ser enviados a más tardar dentro de los 30 días hábiles de haber recibido los insumos debidamente requisitados con los siguientes requisitos:

- Municipio, Localidad y/o beneficiario
- Periodo correspondiente
- Número de Beneficiarios
- Insumos Asignados
- Fecha de Entrega
- Nombre, cargo y firma de quien entrega por parte de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”
- Nombre, cargo y firma de quien recibe en la Localidad.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. - SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA**

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” podrá solicitar cuando así lo requiera, asesoría de la operación del programa a “**EL DIF ESTATAL**” para una adecuada ejecución. La solicitud que presente podrá ser en forma presencial, telefónica o por escrito a través de la Oficina Regional correspondiente.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. - PADRÓN DE BENEFICIARIOS:**

“**EL DIF ESTATAL**” proporcionará la normatividad y lineamientos a través de las Oficinas Regionales, sobre el levantamiento de datos del Padrón de Beneficiarios. “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” será responsable del llenado del registro y captura de datos de cada **Padrón de Beneficiarios** de acuerdo a los fundamentos legales, con el propósito de transparentar el uso de recursos y homologar los datos que se recaban de los beneficiarios, se recomienda elaborar los padrones de beneficiarios del Programa Alimentario que opera el DIF Estatal, de acuerdo a los requerimientos de información que señala el Decreto por el que se crea el Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G), publicado por la Secretaría de la Función Pública en el Diario Oficial de la Federación el día 13 de septiembre del 2018, a los programas o modalidades que aplique; así mismo deberá considerar las siguientes características:

Datos completos con sus registros obligatorios.

La población que se atenderá en el Programa Alimentario será según lo señalado en las Reglas de Operación vigentes.

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, será responsable de cumplir en la entrega de la información con los periodos establecidos en el Programa de Integración del Padrón de Beneficiarios, en caso de no cumplir, estará sujeto a la aplicación de lo establecido en

la cláusula VIGÉSIMA QUINTA inciso C), sin ésta información “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” está incumpliendo con la obligación de atender las necesidades que en materia de Asistencia Alimentaria requiera la población vulnerable de su municipio. El cumplimiento a esta información se evalúa como un Indicador de Índice de Desempeño, por el Sistema Nacional DIF, por lo que en caso de que “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” no cumpla con la entrega, este se verá afectado en su calificación.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA. - CONFIRMACIÓN DE COBERTURAS:**

“**EL DIF ESTATAL**” proporcionará la normatividad a través de las Oficina Regionales de como “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” debe realizar la confirmación de coberturas de acuerdo a los programas o modalidad que aplique, así mismo deben considerar las características en el mismo:

- a) Respetar las coberturas autorizadas.
- b) Datos ciertos, confiables y legibles.
- c) Desglosado por municipio, localidad, beneficiarios y en su caso por escuela.
- d) Datos en tiempo y forma en que se aplica.
- e) Hacer llegar la confirmación de cobertura al Titular de la Oficina Regional correspondiente en forma inmediata a su elaboración, esto para poder planear de manera eficiente y oportuna la distribución de insumos alimentarios.
- f) El registro de confirmación de cobertura debe ser coherente con los datos del Padrón de Beneficiarios.

De igual manera deberá cumplir con las fechas indicadas en el calendario de confirmación de cobertura que se entrega en conjunto con una tarjeta informativa, en caso de no cumplir con lo solicitado y con la cantidad de cobertura de programas indicado en tiempo y forma, no procederán los cambios solicitados.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. - ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:**

Es responsabilidad de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” asegurar las medidas de calidad e inocuidad de los alimentos, por lo que “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, deberá asignar una persona responsable para llevar a cabo las actividades de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria, quien deberá operarla de acuerdo a como se indica en las Reglas de Operación de los Programas Alimentarios vigentes, a la capacitación que se le brinde por personal de la Subdirección de Asistencia Alimentaria y de Oficinas Regionales, y al material que se le entregue en dicha capacitación. La fecha de capacitación se indica en el cronograma anexo.

Una vez recibida la capacitación “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” deberá capacitar al personal de las localidades, dentro de los tiempos señalados en el cronograma anexo, levantar listas de asistencia y evidencia fotográfica de los eventos de capacitación en materia de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria, y enviar dicha evidencia a través de las Oficinas Regionales, quienes brindan el seguimiento del Programa, en los tiempos requeridos por el personal de la Subdirección de Asistencia Alimentaria.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DIFUSIÓN DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN A QUEJAS:**

Es responsabilidad de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” realizar actividades de difusión de la Línea de Atención a Quejas de Programas Alimentarios del DIF Estatal (800 712 10 88) a los beneficiarios y/o Comités para Programas Alimentarios y Comité de Contraloría Social.

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” deberá entregar, a localidades beneficiarias, carteles con la difusión de la línea de atención a quejas de Programas Alimentarios (800 712 10 88), proporcionados por “**EL DIF ESTATAL**”, con la finalidad de que se encuentren visibles en los espacios alimentarios.

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” deberá enviar a “**EL DIF ESTATAL**”, a través de las Oficinas Regionales el acuse y evidencia fotográfica de la entrega a las localidades de los carteles de difusión de la línea de atención a quejas de Programas Alimentarios (800 712 10 88), en los tiempos requeridos por “**EL DIF ESTATAL**”.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA. - SUSPENSIÓN DEL PROGRAMA:**

“**EL DIF ESTATAL**” suspenderá la operación del programa a “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, cuando se den los siguientes supuestos:

- A) Cuando los insumos alimentarios sean utilizados para fines diferentes a los determinados en las Reglas de Operación de los Programas Alimentarios vigentes, proporcionados por la Subdirección de Asistencia Alimentaria.
- B) En caso de que la Federación deje de suministrar los recursos para los Programas Alimentarios “**EL DIF ESTATAL**” suspenderá dichos recursos destinados para los Programas Alimentarios sin que le cause perjuicio alguno.
- C) En caso de no cumplir con la entrega de la información y captura de datos correcta y completa del Padrón de Beneficiarios en los periodos establecidos, “**EL DIF ESTATAL**” suspenderá la distribución de los productos de las modalidades que operen en “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, sin que le cause perjuicio alguno hacia esta Institución.
- D) En caso de que “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, no cuente con un almacén y vehículos en óptimas condiciones para recibir y transportar los alimentos, (de acuerdo a lo establecido en la NOM-251-SSA1-2009.- Prácticas de higiene para el proceso de

alimentos, bebidas y suplementos alimenticios), no le serán entregados los insumos, hasta que efectúe las mejoras correspondientes, lo anterior sin que le cause perjuicio alguno hacia esta Institución.

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”, deberá verificar que se cumplan las condiciones acordadas, cantidad, calidad y marca del insumo transferido, debiendo integrar un expediente que contenga el registro de entrada y salida del almacén de los insumos. Para la comprobación y buen uso del programa, las partes acuerdan que la fiscalización de los mismos por tratarse de aportaciones de Gobierno Federal y Estatal, se lleve a cabo por las siguientes instancias:

- ) Auditoría Superior de la Federación
- ) Auditoría Superior del Estado.
- ) Contraloría General del Estado.
- ) Órgano Interno de Control del DIF Estatal.
- ) Personal que designe “**EL DIF ESTATAL**”
- ) Personal que designe “**EL SISTEMA NACIONAL DIF**”

Así mismo, cada una de las partes asume su Responsabilidad Civil, Fiscal, de Trabajo o Seguridad Social que le corresponda por los contratos que suscriban y el personal que emplee durante el desarrollo y vigencia del presente instrumento legal.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA. - AUTORIZACIÓN:**

Es obligación de “**EL H. AYUNTAMIENTO**” a través de “**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**” en materia de asistencia social, el impulsar el sano crecimiento de las niñas y los niños a través de la operación del programa alimentario dando cumplimiento al artículo 52 fracción I de la Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. - VIGENCIA:**

La vigencia de este Convenio será del **01 de abril al 31 de diciembre de 2021**, los efectos de este instrumento legal entrarán en vigor a partir de la fecha de su vigencia hasta la conclusión del mismo y podrá darse por concluido por las partes mediante comunicado por escrito que se hagan llegar con 30 (treinta) días hábiles de anticipación, con el fin de preparar su entrega, rendición de informes y cuentas.

Leído que fue por las partes el presente instrumento legal y los alcances del mismo, ratifican su contenido y lo firman en dos tantos a los **01 días del mes de abril del año 2021**, en el Municipio de Rayón, S.L.P.

**RAYÓN, S.L.P., A 01 DE ABRIL DE 2021**

“**EL DIF ESTATAL**”

“**EL SISTEMA MUNICIPAL DIF**”

**CECILIA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ GORDOA**

**NYDIA BERENICE BALBONTÍN ZAMUDIO**  
 PRESIDENTA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE  
 RAYÓN, S.L.P.

DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA  
 EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
 DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

**SOLICITÓ:**

**ELABORÓ:**

**VALIDÓ**

**Carlo Vinicio Montaña Castillo**

**Silvia Elena Escobedo Palomino**

**Mauricio Alejandro Castañón  
 Malagón**

**Subdirector de Asistencia  
 Alimentaria**

**Directora de Asuntos Jurídicos**

**Director de Desarrollo  
 Comunitario**

**y Asistencia Alimentaria**

LA PRESENTE FOJA, CORRESPONDE AL DOCUMENTO LEGAL DENOMINADO CONVENIO PARA LA ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL SISTEMA PARA

EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ Y POR LA OTRA PARTE EL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE RAYÓN, S.L.P., QUE CONSTA DE 20 FOJAS.

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

Anexo 2 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 \_\_\_\_\_ del lugar donde se brinda el servicio 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 sus artículos 5, 6, 7, 46, 47, 50, 51 y 52 y demás relativos aplicables, comparece el (la) \_\_\_\_\_ Responsable del Programa 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 del Sistema Municipal DIF para manifestar que será una asamblea donde se tratarán asuntos para:

INSTALACIÓN DEL PROGRAMA EN LA COMUNIDAD

La competencia de los asuntos se refieren a:

Escuela:  Primaria \_\_\_\_\_  
 Jardín de Niños \_\_\_\_\_  
 Educación Inicial \_\_\_\_\_  
Secundaria  \_\_\_\_\_  
Otro  \_\_\_\_\_

Cuenta con Espacio para Desayunador: Si  No  No Aplica

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

Escuela \_\_\_\_\_ Local  Comunitario \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ No Aplica

En el Espacio Alimentario:

Únicamente se Preparan Alimentos,  
 Únicamente se Consumen Alimentos,

Se Preparan y Consumen Alimentos.

Únicamente se Distribuyen Alimentos.

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 (cuando aplica).
3. Aceptación del Programa y/o Modalidad (cuando aplica).
4. Obligación de las Instituciones, el Municipio y de la Comunidad (explicación y comentarios).
5. Elección del Comité de Programas Alimentarios, además del Comité de Contraloría Social (capacitación sobre las funciones, cuando aplica).
6. Determinar la estrategia para proporcionar la fruta y/o verdura para complementar los menús o la dotación, según sea el caso
  - a) La responsabilidad de entrega de fruta y verdura es del Sistema Municipal DIF.
  - b) Modalidad para la que aplica.
  - c) Verduras y frutas que se proporcionarán.
  - d) Número de días que se otorgará.
  - e) Frecuencia de entrega.
  - f) Fecha de entrega.
  - g) Número de beneficiarios para los que aplica la entrega.
  - h) Quien recibe.
  - i) Donde se entrega
 (En el caso de que el Sistema Municipal DIF no se comprometa con la entrega de la verdura y la fruta, especificar en los acuerdos que los padres de familia serán los responsables de entregarla al Comité de Programas Alimentarios).
7. Informar y determinar la forma del cobro del mecanismo de corresponsabilidad, según se informa en las Reglas de Operación, (cuando aplica).
8. Establecer el plan para implementar las acciones de orientación y educación alimentaria.
9. Establecer acuerdos para la implementación de acciones de aseguramiento de calidad e higiene de los alimentos.
10. Cumplimiento de menús establecidos según calendario, (cuando aplica).
11. Determinar un local para brindar el servicio alimentario, y el resguardo de los insumos alimentarios. (cuando aplica)
12. 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 **Comité para Programas Alimentarios** electo:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Presidente (a)		
Domicilio y teléfono:		
Tesorero (a)		

Domicilio y teléfono:		
Responsable de Nutrición (calidad nutricia y educación alimentaria)		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Inocuidad Alimentaria		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Vigilancia Nutricional		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Contraloría Social.		
Domicilio y teléfono:		

Conformación de Equipos de Trabajo (cuando aplica): Si no solo anotar a los integrantes del Comité para Programas Alimentarios.

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 (mujeres y hombres) \_\_\_\_\_.

\*\*\*\*\* **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**

\_\_\_\_\_  
Director(a) del Plantel Escolar (cuando aplica)      Juez y/o Comisariado Ejidal

**Elabora**

**Valida**

\_\_\_\_\_  
Presidente(a), Director(a) y/o  
Coordinador(a) del SMDIF

**Testigos**

\_\_\_\_\_  
Personal Responsable de la Oficina Regional No. \_\_\_\_

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

Anexo 3 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 sus artículos 5, 6, 7, 47, 50, 51 y 52 y demás relativos
aplicables, comparece responsable del Programa 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 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.
2. Situación del cumplimiento de los menús establecidos.
3. Determinar la forma de obtener el mecanismo de corresponsabilidad (cuando aplica).
4. Establecer el plan para implementar las acciones de orientación y educación alimentaria.
5. Establecer acuerdos para la implementación de acciones de aseguramiento de calidad e higiene de los alimentos.
6. Integrar el Comité de Programas Alimentarios y Comité de Contraloría Social.
7. Determinar la estrategia para proporcionar la fruta y verdura para complementar los menús o la dotación, según sea el caso
a) La responsabilidad de entrega de fruta y verdura es del Sistema Municipal DIF.
b) Modalidad para la que aplica.
c) Verduras y frutas que se proporcionarán.
d) Número de días que se otorgará.
e) Frecuencia de entrega.
f) Fecha de entrega.
g) Número de beneficiarios para los que aplica la entrega.
h) Quien recibe.
i) Donde se entrega.
(En el caso de que el Sistema Municipal DIF no se comprometa con la entrega de la verdura y la fruta, especificar en los acuerdos
que los padres de familia serán los responsables de entregarla al Comité de Programas Alimentarios).
8. Realizar Informe por el Comité de Contraloría Social saliente.
9. Reconocimiento del cumplimiento de sus funciones al Comité de Programas Alimentarios saliente.
10. Entrega-recepción del Programa en la comunidad por el Comité de Programas Alimentarios saliente.
11. Condiciones de uso del local comunitario para el servicio y el resguardo de los insumos alimentarios, (cuando aplica).
12. Levantamiento de lista de asistencia.
Cuenta con Desayunador: Si No No Aplica

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

En el Espacio Alimentario:

Únicamente se Preparan Alimentos,

Únicamente se Consumen Alimentos,

Se Preparan y Consumen Alimentos.

Únicamente se Distribuyen Alimentos,

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

Acto seguido se registra el **Comité para Programas Alimentarios** electo:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
Presidente (a)		
Domicilio y teléfono:		
Tesorero (a)		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Nutrición (calidad nutricia y educación alimentaria)		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Inocuidad Alimentaria		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Vigilancia Nutricional		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Contraloría Social.		

Domicilio y teléfono:	
-----------------------	--

Conformación de Equipos de Trabajo: (cuando aplica). Si no solo anotar a los integrantes del Comité para Programas Alimentarios.

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**

Director(a) del Plantel Escolar (cuando aplica)      Juez y/o Comisariado Ejidal

**Elabora**

**Valida**

\_\_\_\_\_  
 Presidente(a), Director(a) y/o  
 Coordinador(a) del SMDIF

**TESTIGOS**

\_\_\_\_\_  
 Personal Responsable de la Oficina Regional No. \_\_\_\_\_

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

**Anexo 4 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 sus artículos 5, 6, 7, 46, 50 y 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. Motivos para rechazar el Programa
4. Decisión de la asamblea.
5. Recepción de documentos, mobiliario y equipo (cuando aplica).
6. 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:



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**

\_\_\_\_\_  
Director(a) del Plantel Escolar (cuando aplica)

\_\_\_\_\_  
Juez y/o Comisariado Ejidal

**Elabora**

**Valida**


\_\_\_\_\_  
Presidente(a), Director(a) y/o  
Coordinador(a) del SMDIF

**Testigos**

\_\_\_\_\_  
Personal Responsable de la Oficina Regional No. \_\_\_\_

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

ANEXO 5 Cuestionario de Supervisión de los Programas Alimentarios

	<b>CUESTIONARIO DE SUPERVISION DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS</b>		<b>Código:</b> PAL-F-42 <b>Código OM:</b> DIF-DG-DD-SAA-PAL-F-42 <b>Versión:</b> 6 <b>Fecha:</b> 9/Feb/21
	<b>CUATRIMESTRE</b> <input type="checkbox"/> Ene - Abr <input type="checkbox"/> May - Ago <input type="checkbox"/> Sep - Dic	<b>FECHA DE ELABORACIÓN</b> ____/____/____	
<b>PROGRAMA:</b> _____		<b>MODALIDAD:</b> _____	
<b>MUNICIPIO:</b> _____		<b>LOCALIDAD:</b> _____	
<b>ESCUELA:</b> _____		<b>BIMESTRE:</b> _____	
<b>I.- ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA</b>			
<b>a) Lugar donde se brinda el servicio alimentario</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Escuela <input type="checkbox"/> (2) = Local Comunitario <input type="checkbox"/> (3) = Otro <input type="checkbox"/> (4) = No Aplica <input type="checkbox"/>			
<b>b) Integrantes del Comité para Programas Alimentarios</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Completa <input type="checkbox"/> (2) = Incompleta <input type="checkbox"/> (3) = No Aplica <input type="checkbox"/>			
<b>c) El Servicio Alimentario en el Desagüador se encuentra:</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Operación <input type="checkbox"/> (2) = Cerrado Temporalmente <input type="checkbox"/> (3) = Otro <input type="checkbox"/> (4) = No Aplica <input type="checkbox"/>			
<b>II.- ABASTO DE INSUMOS ALIMENTARIOS</b>			
<b>a) La cantidad de los productos que recibe, ¿son de acuerdo al Acuse de Recibo establecido?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>b) ¿Los insumos se reciben en buenas condiciones?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>III.- ATENCIÓN A QUEJAS</b>			
<b>a) ¿Tiene conocimiento que existe una línea telefónica de atención a quejas?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>b) ¿Has visto que en el empaque de los productos y recibo de entrega, se encuentra la línea de atención a quejas 800 712 10 88?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>c) ¿Has reportado incidencias a la línea de atención a quejas 800 712 10 88?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>d) En caso de haber reportado una incidencia a la línea de atención a quejas 800 712 10 88, ¿te dieron solución?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>IV.- MENÚS</b>			
<b>a) ¿Recibieron capacitación para la preparación de los menús?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/> (3) = No Aplica <input type="checkbox"/>			
<b>b) ¿Se tienen publicados los menús en el espacio alimentario?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sí <input type="checkbox"/> (2) = No <input type="checkbox"/> (3) = No Aplica <input type="checkbox"/>			
<b>c) ¿Quién aporta las verduras y frutas?</b>			
<input type="checkbox"/> (1) = Sistema Municipal DIF <input type="checkbox"/> (2) = Padres de Familia <input type="checkbox"/> (3) = Donación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) = No Aplica <input type="checkbox"/> (5) = Otro <input type="checkbox"/> (6) = No se Aportan <input type="checkbox"/>			

Página 1

V.- Orientación y Educación Alimentaria				
<b>a) ¿Qué tema o temas de orientación y educación alimentaria ha recibido el comité de programas alimentarios?</b>				
(1) = El plato del bien comer <input type="checkbox"/>	(2) = Incluye verduras y frutas en cada tiempo de comidas <input type="checkbox"/>			
(3) = Bebidas que favorecen tu salud <input type="checkbox"/>	(4) = ¡Bájale a la sal! <input type="checkbox"/>			
(5) = Importancia del desayuno <input type="checkbox"/>	(6) = Lavado correcto de manos <input type="checkbox"/>			
(7) = Actídate <input type="checkbox"/>	(8) = Evita freír, capear o empanizar los alimentos <input type="checkbox"/>			
(9) = Lactancia materna, un acto de amor <input type="checkbox"/>	(10) = Mídete en las cantidades de alimento que consumes <input type="checkbox"/>			
<b>b) Nombre del instructor que impartió la Orientación y Educación Alimentaria</b>				
<b>c) ¿Cómo califica el desempeño del instructor?</b>				
(1) = Satisfactorio <input type="checkbox"/>	(2) = Insatisfactorio <input type="checkbox"/>	(3) = Necesita Mejorar <input type="checkbox"/>		
<b>d) ¿Cómo califica el tema proporcionado?</b>				
(1) = Satisfactorio <input type="checkbox"/>	(2) = Insatisfactorio <input type="checkbox"/>	(3) = Necesita Mejorar <input type="checkbox"/>		
<b>e) Comentarios y sugerencias (orientación y educación alimentaria):</b>				
<h1>Página 2</h1>				
VI.- ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS INSUMOS ALIMENTARIOS				
<b>a) ¿Tiene un lugar asignado para el resguardo de insumos alimentarios?</b>				
(1) = Sí <input type="checkbox"/>	(2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>b) ¿Ha recibido capacitación por parte del SMDIF sobre temas de aseguramiento de la calidad e higiene de los alimentos?</b>				
(1) = Sí <input type="checkbox"/>	(2) = No <input type="checkbox"/>			
VII.- MECANISMO DE CORRESPONSABILIDAD				
<b>a) ¿Cuál es el costo del Mecanismo de corresponsabilidad?</b>				
(1) = Sí <input type="checkbox"/>	(2) = No <input type="checkbox"/>			
<b>b) ¿Hasta qué momento se tienen pendientes adeudos por liquidar?</b>				
(1) = No Aplica <input type="checkbox"/>	(2) = Ninguno <input type="checkbox"/>	(3) = 1 a 3 Meses <input type="checkbox"/>	(4) = 4 a 6 Meses <input type="checkbox"/>	(5) = Mas de 6 Meses <input type="checkbox"/>
VIII.- PADRÓN DE BENEFICIARIO				
<b>a) ¿El Comité para Programas Alimentarios cuenta con los datos del Padrón de Beneficiarios?</b>				
(1) = Sí <input type="checkbox"/>	(2) = No <input type="checkbox"/>			
2/3				

<b>b) ¿ Se registra la asistencia de las niñas y los niños que reciben el insumo alimentario y se encuentran registrados en el Padrón de Beneficiarios?</b>		
(1) = Sí <input type="checkbox"/>	(2) = No <input type="checkbox"/>	(3) = No Aplica <input type="checkbox"/>
<b>IX.- SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS</b>		
<b>a) ¿Cuál es su opinión del servicio proporcionado por el Sistema Municipal DIF?</b>		
(1) = Bueno <input type="checkbox"/>	(2) = Necesita Mejorar <input type="checkbox"/>	(3) = Deficiente <input type="checkbox"/>
Responsable de la Aplicación	Persona Responsable de Proporcionar la Información	
Nombre y Firma del Personal de la Oficina Regional	Nombre y Puesto del Integrante del Comité para Programas Alimentarios	
Autoridad Escolar y/o Comunal		
Nombre y Puesto		
<h1>Página 3</h1>		
3/3		

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

ANEXO 6 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 cédula: No. de beneficiarios que asisten a desayunar:

Trimestre: ENE-FEB-MAR ABR-MAY-JUN
JUL-AGO-SEP OCT-NOV-DIC AÑO:
[Checked boxes for ABR-MAY-JUN and OCT-NOV-DIC]

Número de Visitas a Comunidad: El Servicio del Programa se brinda en: Centro Escolar: Local comunitario:
Otro: No Aplica:

ESTADO ACTUAL

En Operación Cerrado Temporalmente Baja No Aplica

Observaciones

Alternativas de Solución

PARTICIPACION COMUNITARIA

Comité para Programas Alimentarios:

Completa: Incompleta: Número de Integrantes:

Explique

Alternativas de Solución:

Cuenta con Comité de Contraloría Social:

Sí No



**Local Comunitario:**

Reúne las condiciones físicas y ambientales para resguardar los insumos:

Si  No  No Aplica

Explique \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

Reúne las condiciones físicas y ambientales para el consumo de los alimentos:

Si  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?:

Si  No  No Aplica

Explique \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

**Equipos de Trabajo:**

No. de equipos de trabajo que participan en la preparación de los alimentos:

Número \_\_\_\_\_ No Aplica \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

No. de personas que integran cada equipo: Mujeres \_\_\_\_\_, Hombres \_\_\_\_\_, Total \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

---

**Mecanismo de Corresponsabilidad**

Existe registro actualizado de ingreso y egreso del mecanismo de corresponsabilidad:  
 Si  No  No Aplica   
 Explique \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

---

El mecanismo de corresponsabilidad se entrega oportunamente: Si  No  No Aplica   
 Explique \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES**

<p><b>Capacitación:</b></p> <p>Tema _____</p> <p>Objetivo _____</p> <p>Asistentes _____</p> <p style="text-align: center;">Acuerdos _____</p>	<p><b>Asamblea o Reunión Comunitaria:</b></p> <p>Tema _____</p> <p>Objetivo _____</p> <p>Asistentes _____</p>
---	---

**Asesoría: (Orientación Alimentaria)**

Tema \_\_\_\_\_

Personas \_\_\_\_\_

Acciones Concretas \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Alternativas de Solución \_\_\_\_\_

Coordinaciones realizadas con otros sectores:

Institución \_\_\_\_\_ Nombre y Cargo \_\_\_\_\_

Actividad Solicitada \_\_\_\_\_

**PLAN DE ACCIÓN A REALIZAR**

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	FECHA	ACTIVIDAD	APOYO	RESPONSABLE	ACTIVIDADES

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**FIRMA Y SELLO**

**Vo. B o.**

\_\_\_\_\_  
 Responsable del Área  
 de Alimentación del  
 Sistema Municipal DIF

\_\_\_\_\_  
 Presidente(a), Director(a) y/o  
 Coordinador(a) del Sistema  
 Municipal DIF

\_\_\_\_\_  
 Autoridad Local y/o Escolar

\_\_\_\_\_  
 Oficina Regional

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO  
DIRECCION DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA  
SUBDIRECCION DE ASISTENCIA ALIMENTARIA  
CONTROL OPERACIONAL

ANEXO 7 CÉDULA DE SATISFACCIÓN DE SISTEMAS MUNICIPALES DIF

The screenshot shows a web browser window with the URL `dif.slp.gob.mx/sdcaa/aa/encuestas/programa`. The page title is "Programa para la aplicación de cédula de satisfacción". On the left, there is a sidebar menu with options: "Inicio", "Asistencia Alimentaria", "Encuestas de Satisfacción", and "Salir". The main content area includes a header with the SLP logo and "DIF ESTATAL". Below the header, there are filters for "Año: 2020" and "Intervalos: Bimestrales", along with buttons for "Agregar", "Eliminar", "Editar", and "Generador". A table titled "Cédulas de Satisfacción de Sistemas Municipales DIF" is displayed, showing columns for "Periodo", "ID", "Municipio", "Fecha de aplicación", "Responsable", and "Estatus". The table is currently empty, with the message "No hay datos en la tabla" and "Sin datos para mostrar". A search bar is located on the right side of the table. At the bottom of the page, there are navigation buttons labeled "Anterior" and "Siguiete". The Windows taskbar at the bottom shows the search bar and various application icons, with the system clock indicating 10:42 a.m. on 29/01/2021.

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  
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

**ANEXO 8 Cédula para la toma de medidas antropométricas y preguntas sobre hábitos alimentarios.  
Evaluación del estado nutricional,  
Instrumento para escolares**

El objetivo del estudio es conocer el peso, talla y algunos factores asociados a la salud de estudiantes mexicanos que cursan el nivel básico. Los datos que aquí se recaban son confidenciales, puede consultar el aviso de privacidad en <https://www.gob.mx/difnacional>.

**Datos de la escuela y del estudiante**

Entidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Clave C.C.T.: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Código postal del niño: \_\_\_\_\_  
C.U.R.P.: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Rellene los círculos completamente con un lápiz del número 2 o 2½.

**I. Medidas antropométricas**

Peso (Kg)			Talla (cm)			Tipo de ropa	Fecha de medición			Hora de medición
0	0	0	0	0	0	① Ropa ligera sin zapatos	0	0	0	① Antes de las 10 a.m.
1	1	1	1	1	1	Solo uniforme escolar.	1	1	1	② Entre las 10 a.m. y 12 p.m.
2	2	2	2	2	2	② Ropa pesada sin zapatos	2	2	2	③ Después de las 12 p.m.
3	3	3	3	3	3	Uniforme escolar más cualquier otra prenda (chamarra).	3	3	3	
4	4	4	4	4	4		4	4	4	
5	5	5	5	5	5		5	5	5	
6	6	6	6	6	6		6	6	6	
7	7	7	7	7	7		7	7	7	
8	8	8	8	8	8		8	8	8	
9	9	9	9	9	9		9	9	9	

**II. Preguntas**

1. ¿Desayunaste hoy antes de llegar a la escuela?  
 No  Sí

2. ¿Traes dinero hoy para comer en la escuela?  
 No  Sí

3. ¿Hoy comiste verduras y frutas en el desayuno?

	No	Sí, en la casa	Sí, en el desayuno escolar
Verduras	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2
Frutas	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2

4. ¿Pasas al día más de una hora frente a la/el:

Televisión?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Computadora, laptop?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Celular, tableta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Videojuego, consola?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Haciendo tarea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

5. ¿A qué hora te duermes?

Antes de las 8 de la noche	<input type="radio"/> 0
Entre las 8 y las 10 de la noche	<input type="radio"/> 1
Después de las 10 de la noche	<input type="radio"/> 2

6. En la última semana, ¿comiste?

Galletas, pan de dulce?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Dulces, chocolates?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Papas, chicharrones?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Refrescos, jugos de fruta?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Tacos, sopes, quesadillas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
Pizzas, hamburguesas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

7. En el último mes, ¿has faltado a la escuela por estar enfermo?  
 No  Sí

**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  
 PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO DE MODELOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

**ANEXO 9**

**ACUSE DE DOTACIÓN A LOS COMITÉS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS,  
 ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA;  
 PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA  
 (Niños de 2 a 5 años 11 meses no escolarizados)**

Oficina Regional No.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

No.	Nombre de la localidad	Grado de Marginación de la localidad	Nombre y puesto de quien entrega la dotación por el SMDIF	Nombre y puesto de quien recibe la dotación por la localidad	Fecha, sello y firma de quien recibió

**Elabora**

**Nombre y puesto**  
 Presidenta, Directora, Coordinadora o Responsable de  
 Programas Alimentarios del Sistema Municipal DIF

**Valida información**

**Nombre y puesto**  
 Oficina Regional

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
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

**ANEXO 10**  
**ACUSE DE DOTACIÓN PARA COMITÉS DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS**

**PROGRAMA ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA**

Oficina Regional No.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

No.	Nombre de la localidad	Grado de Marginación de la localidad	Nombre y puesto de quien entrega la dotación por el SMDIF	Nombre y puesto de quien recibe la dotación por la localidad	Fecha, sello y firma de quien recibió

**Elabora**

**Nombre y puesto**  
**Presidenta, Directora, Coordinadora o Responsable de**  
**Programas Alimentarios del Sistema Municipal DIF**

**Valida información**

**Nombre y puesto**  
**Oficina Regional**

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
 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

**ANEXO 11**  
**ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA,**  
**ENCUESTA INICIAL DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN**

**POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**

NIÑAS Y NIÑOS BENEFICIARIO DE  
 DESAYUNOS ESCOLARES

PREPARADORES DE ALIMENTOS Y  
 COMITÉS PARA PROGRAMAS  
 ALIMENTARIOS

MADRES Y  
 PADRES DE  
 FAMILIA EN  
 GENERAL

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

INSTRUCTOR (RESPONSABLE DE LA OEA EN EL MUNICIPIO): \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES DE LLENADO PARA EL RESPONSABLE DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN 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

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

Cierto

Falso



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

Cierto

Falso

4. ¿Las verduras y frutas deben consumirse en cada tiempo de comida (desayuno, comida, cena y colaciones)?

Cierto

Falso

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

Energía y fibra

Vitaminas, minerales y proteína

Todas las anteriores

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
Pan dulce (bizcochos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan blanco (de caja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hojuelas de avena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No es un cereal integral	Si es un cereal integral
Barra de amaranto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arroz blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta para sopa	<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. ¿Al combinar el grupo de las leguminosas con los cereales formamos una proteína de alto valor biológico?

Cierto

Falso

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

Cierto

Falso

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

Cierto

Falso

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

Cierto

Falso

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

Cierto

Falso

13. ¿Sabías que un refresco de 600 ml. contiene aproximadamente 7.5 cucharadas (soperas) de azúcar?

si

No

14. **¿Es recomendable el consumo de agua de fruta diariamente?**  
Cierto  Falso
15. **¿Es importante leer las etiquetas de los alimentos industrializados para saber que nutrientes contiene?**  
Si  No
16. **¿Es bueno para la salud consumir productos altos en sodio?**  
Cierto  Falso
17. **Es importante lavarse las manos antes de manipular alimentos.**  
Cierto  Falso
18. **Los trapos de limpieza pueden esparcir microorganismos si no se lavan con regularidad.**  
Cierto  Falso
19. **¿Es importante mantener los contenedores de basura tapados y vaciarlos con regularidad?**  
Cierto  Falso
20. **El consumo excesivo de sal (Sodio) causa hipertensión y riesgo para desarrollar enfermedades del corazón.**  
Cierto  Falso
21. **¿Todos los miembros de la familia deben consumir la misma cantidad de alimentos en cada tiempo de comida?**  
Cierto  Falso
22. **¿Es lo mismo comer por hambre que por antojo?**  
Cierto  Falso
23. **¿Cuándo hacemos actividad física gastamos la energía que consumimos con los alimentos?**  
Cierto  Falso
24. **La técnica de preparación de alimentos más recomendada es freír?**  
Cierto  Falso
25. **¿Alimentos como el azúcar, miel y chocolate son fuente importantes de azúcar?**  
Cierto  Falso
26. **¿Alimentos como caldo de pollo en polvo o cubo, salsa Maggie, salsa de soya, valentina, etc. son fuente importante de sodio?**  
Cierto  Falso
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

28. ¿Un desayuno correcto debe incluir un alimento de cada grupo?

Cierto

Falso

29. Durante el embarazo, ¿aumentan las necesidades nutricionales de la mujer?

Cierto

Falso

30. La alimentación de la mujer en periodo de lactancia ¿debe cumplir con las características de una dieta correcta de acuerdo al plato el bien comer?

Cierto

Falso

Numero de reactivos:

30

Valor de cada reactivo:

0.3333

Numero de aciertos :

\_\_\_\_\_

Calificación:

\_\_\_\_\_

## PARTE 2. HÁBITOS PERSONALES

1. ¿Cuántas verduras y frutas consumes al día?

Más de 5 veces

4 a 5 veces

2 a 3 veces

0 a 1 vez

2. ¿Con que frecuencia consumes alimentos integrales (pan de caja integral, tortilla de harina integral, pasta integral, avena, etc...) a la semana?

Todos los días

3 a 5 veces

1 a 2 veces

Ninguna

3. ¿Con que frecuencia consumes leguminosas (frijol, habas, lentejas, garbanzo, soya, etc...) a la semana?

Todos los días

3 a 5 veces

1 a 2 veces

Ninguna

4. ¿Con que frecuencia consumes alimentos de origen animal (carne, pollo, huevo, atún, pescado, etc...) a la semana?

Todos los días

3 a 5 veces

1 a 2 veces

Ninguna

5. ¿Cuántas veces a la semana desayunas, cumpliendo esta especificación: máximo 1 hora después de despertar?

Todos los días

3 a 5 veces

1 a 2 veces

Ninguna

6. ¿Cuántos vasos de agua simple tomas al día?

6 a 8 vasos

3 a 5 vasos

1 a 2 vasos

Ninguna

7. ¿Cuántos vasos de refresco tomas al día?

Ninguno

1 a 2 vasos

3 a 5 vasos

Más de 6 vasos

8. ¿Cuántas veces a la semana consumes alimentos fritos, capeados o empanizados?

Ninguna

1 a 2 veces

3 a 5 veces

Todos los días

9. ¿Con que frecuencia consumes embutidos (jamón, chorizo, salchicha, etc...) a la semana?

Ninguna       1 a 2 veces       3 a 5 veces       Todos los días

**10. ¿Con que frecuencia utilizas manteca en la preparación de alimentos?**

Nunca       1 vez cada 15 días       1-3 veces por semana       Más de 5 veces por semana

**11. ¿Cuántas veces a la semana utilizas consomé de pollo o consomate durante la elaboración de tu comida?**

Ninguna       1 a 2 veces       3 a 5 veces por semanas       Todos los días

**12. ¿Con que frecuencia realizas actividad física?**

Todos los días       2 a 3 veces a la semana       1 a 2 veces al mes       Ninguna

**13. ¿Con que frecuencia consumes platillos tradicionales en tu casa?**

Mínimo 1 vez a la semana       1 a 2 vez al mes       Solo en eventos (cumpleaños, navidad, año nuevo, 16 de septiembre, etc.)       Nunca

**14. ¿Cuántas veces a la semana lavas y desinfectas el trapo de cocina?**

Después de cada uso       Todos los días       2 a 3 veces a la semana       Ninguna

Valor de las preguntas:

Valor de cada acierto	Puntuación Máxima
Valor de 3-2-1-0	42 puntos

**Puntuación:**

0-12 Puntuación	13-25 Puntuación	26-35 Puntuación	36-42 Puntuación
Malos hábitos Alimenticios	Regular hábitos alimenticios	Buenos hábitos alimenticios	Excelentes hábitos alimenticios

**ANEXO SOLO EN ENCUESTA FINAL**

Que te parecieron los temas

Excelente       Regular       Malo

Los temas vistos fueron de utilidad en su vida diaria

Mucha       Regular       Ninguna

Que tema les gusto más: \_\_\_\_\_

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
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

ANEXO 12

ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA  
REGISTRO DE ASISTENCIA

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA LA ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA

ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia), familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROGRAMA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE IMPARTICIÓN DEL TEMA: \_\_\_\_\_  
TEMA IMPARTIDO: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE ASISTENTES: \_\_\_\_\_  
INSTRUCTOR (RESPONSABLE DE LA OEA EN EL UNICIPIO): \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	FIRMA

ELABORÓ

REVISÓ

VALIDÓ

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LA ORIENTACION  
Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA EN EL  
MUNICIPIO

PRESIDENTA (E) DEL SMDIF DE  
\_\_\_\_\_

OFICINA REGIONAL No. \_\_\_\_  
SEDE \_\_\_\_\_

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
 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**

**ANEXO 13**  
**ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**  
**INFORME DE RESULTADOS POR TEMA POR MUNICIPIO**

ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia) , familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19

**PROGRAMA:** ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDADES:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE IMPARTICIÓN DEL TEMA:** \_\_\_\_\_

**TEMA IMPARTIDO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE ASISTENTES:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCTOR (RESPONSABLE DE LA OEA EN EL MUNICIPIO):** \_\_\_\_\_

**MADRES Y PADRES DE FAMILIA EN GENERAL:**

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETIVO	NÚMERO DE LOCALIDADES Y BENEFICIARIOS CAPACITADOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA	Número de localidades	
	Número de adultos mayores	
	Número de personas con discapacidad	
	Número de madres solteras (Jefas de familia)	
	Numero de madres o padres de familia en pobreza extrema	
	Numero de madres o padres de familia vulnerables por pandemia COVID-19	
	Otros	

**¿SE CUMPLIÓ CON LOS OBJETIVOS DEL TEMA PROGRAMADOS?**

SI ( ) ¿Por qué sí? \_\_\_\_\_

NO ( ) ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

**¿LAS ACTIVIDADES SE DESARROLLARON DE ACUERDO A LO PROGRAMADO?**

SI ( ) ¿Por qué sí? \_\_\_\_\_

NO ( ) ¿Por qué no? \_\_\_\_\_

**¿CÓMO SE EVALUÓ EL TEMA (CUESTIONARIO, JUEGOS, EXAMEN, ETC.)? Anexar gráficos.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿QUÉ DEBERÁ MEJORARSE EN LA IMPARTICIÓN DEL SIGUIENTE TEMA (TANTO POR LA POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDA EL TEMA COMO POR EL RESPONSABLE DE LA IMPARTICIÓN DEL TEMA)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXAR EVIDENCIA FOTOGRAFÍCA DEL TEMA IMPARTIDO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

**ANEXAR A ESTE INFORME LA LISTA DE ASISTENCIA DEL TEMA IMPARTIDO O ACTIVIDAD REALIZADA.**

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**VALIDÓ**

**NOMBRE Y FIRMA  
RESPONSABLE DE ORIENTACION Y  
EDUCACIÓN ALIMENTARIA EN EL  
MUNICIPIO**

**NOMBRE Y FIRMA  
PRESIDENTA (E) DEL Sistema  
Municipal DIF DE \_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA  
OFICINA REGIONAL No. \_\_\_\_  
SEDE \_\_\_\_\_**

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
 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**

**ANEXO 14**  
**ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**  
**INFORME FINAL DE RESULTADOS POR MUNICIPIO**

ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA  
 Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia), familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19

**FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME:** \_\_\_\_\_

**OFICINA REGIONAL:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_

**LOCALIDADES:** \_\_\_\_\_

**PERIODO DE IMPARTICIÓN DE LOS TEMAS:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCTOR (RESPONSABLE DE LA OEA EN EL MUNICIPIO):** \_\_\_\_\_

**1. SEÑALE CON UNA ✓ EL TEMA IMPARTIDO.**

TEMA IMPARTIDOS	POBLACIÓN OBJETIVO
	Adultos mayores, personas con discapacidad, madres solteras (Jefas de familia), familias en pobreza extrema, familias vulnerables por pandemia de COVID-19
El plato del bien comer	
Incluye verduras y frutas en cada una de tus comidas	
Bebidas que favorecen tu salud	
Mídete en las cantidades de alimento que consumes	
¡Bájale a la sal!	
Importancia del desayuno	
Lavado correcto de manos	
Actívate	
Evita freír, capear o empanizar los alimentos	
Lactancia materna, un acto de amor	

**2. CON BASE EN LOS INFORMES DE RESULTADOS POR TEMA POR MUNICIPIO, REALIZAR UN CONCENTRADO DEL NÚMERO TOTAL DE COMITÉS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS, LOCALIDADES, BENEFICIARIOS Y MADRES DE FAMILIA QUE FUERON CAPACITADAS (OS) EN LOS TEMAS DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA DURANTE EL PERIODO MARCADO Y ANOTAR EN LOS SIGUIENTES CUADROS, SEGÚN CORRESPONDA.**

PROGRAMA	POBLACIÓN OBJETIVO	NÚMERO DE LOCALIDADES Y BENEFICIARIOS CAPACITADOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE	Número de localidades	
	Número de adultos mayores	
	Número de personas con discapacidad	
	Número de madres solteras (Jefas de familia)	
	Numero de madres o padres de familia en pobreza extrema	



ATENCIÓN PRIORITARIA	Numero de madres o padres de familia vulnerables por pandemia COVID-19	
	Otros	

**3. POR TEMA IMPARTIDO A LOS COMITÉS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS, NIÑAS Y NIÑOS Y MADRES Y PADRES DE FAMILIA EN GENERAL, MENCIONE EL IMPACTO POSITIVO DETECTADO EN LA POBLACIÓN :**

TEMA	IMPACTO POSITIVO
El plato del bien comer	
Incluye verduras y frutas en cada una de tus comidas	
Bebidas que favorecen tu salud	
Mídete en las cantidades de alimento que consumes	
¡Bájale a la sal!	
Importancia del desayuno	
Lavado correcto de manos	
Actívate	
Evita freír, capear o empanizar los alimentos	
Lactancia materna, un acto de amor	

**4. MENCIONE OTRAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA QUE SE HAYAN REALIZADO CON LOS COMITÉS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS, NIÑAS Y NIÑOS Y MADRES Y PADRES DE FAMILIA EN GENERAL, APARTE DE LA IMPARTICIÓN DE TEMAS:**

LOCALIDAD	PROGRAMA	ACTIVIDAD REALIZADA

**5. RESULTADOS COMPARATIVOS DE ACUERDO A LAS ENCUESTAS INICIAL Y FINAL DE HÁBITOS ALIMENTARIOS (ESTE INFORME PERMITIRÁ CONOCER EL IMPACTO EN LA POBLACIÓN BENEFICIARIA CON LOS MENSAJES DE OA QUE SE IMPARTIERON).**

**6. ANEXAR EVIDENCIA FOTOGRAFÍCA DEL TEMA IMPARTIDO Y/O ACTIVIDADES REALIZADAS**

**7. CONCLUSIONES GENERALES:**

REGISTRAR LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS Y MODIFICACIÓN DE ACTITUDES Y/O HÁBITOS OBSERVADOS EN LOS ASISTENTES A LOS MENSAJES/TEMAS DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA.

---



---



---

NOTA: ANEXAR A ESTE INFORME LA LISTA DE ASISTENCIA DEL TEMA IMPARTIDO O ACTIVIDAD REALIZADA.

ELABORÓ

REVISÓ

VALIDÓ

NOMBRE Y FIRMA  
RESPONSABLE DE LA ORIENTACIÓN  
Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA EN EL  
MUNICIPIO

NOMBRE Y FIRMA  
PRESIDENTA (E) DEL SISTEMA  
MUNICIPAL DIF DE \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA  
OFICINA REGIONAL No. \_\_\_\_  
SEDE \_\_\_\_\_

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
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**  
**ANEXO 15**  
**ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**

DATOS GENERALES										
NOMBRE DEL CURSO:										
NOMBRE DEL (LOS) INSTRUCTOR (ES):										
LUGAR:										
NÚMERO DE SMDIF PARTICIPANTES:						NÚMERO DE PARTICIPANTES:				
FECHA DEL CURSO:				HORARIO:				DURACIÓN TOTAL:		
PERFIL DE LOS PARTICIPANTES										
CONOCIMIENTOS PREVIOS O HABILIDADES QUE REQUIERE EL PARTICIPANTE PARA INGRESAR AL CURSO:										
OBJETIVOS										
OBJETIVO GENERAL:										
OBJETIVOS PARTICULARES:										
Objetivo particular 1										
Objetivo particular 2										
Objetivo Particular 3										
CUERPO DE LA CARTA										
ENCUADRE										
ACTIVIDAD	Actividades a Desarrollar por el Instructor	Actividades a desarrollar por el participante	Recursos						Duración de la Actividad (Tiempo / horario)	Tiempo total
			Técnica Instruccional	Técnica Grupal / Dinámica	Material Didáctico	Equipo	Humano	Forma de Medir Aprendizaje (Evaluación)		
Registro de participantes										
Bienvenida al curso y presentación del instructor										
Presentación de los participantes										
Presentación y descripción del desarrollo del curso										
Evaluación diagnóstica										
TEMAS (Indicar tema)										
SUBTEMAS	Actividades a Desarrollar por el Instructor	Actividades a desarrollar por el participante	Recursos						Duración de la Actividad (Tiempo / horario)	Tiempo total
			Técnica Instruccional	Técnica Grupal / Dinámica	Material Didáctico	Equipo	Humano	Forma de Medir Aprendizaje (Evaluación)		
CIERRE										
ACTIVIDAD	Actividades a Desarrollar por el Instructor	Actividades a desarrollar por el participante	Recursos						Duración de la Actividad (Tiempo / horario)	Tiempo total
			Técnica Instruccional	Técnica Grupal / Dinámica	Material Didáctico	Equipo	Humano	Forma de Medir Aprendizaje (Evaluación)		
Conclusiones										
Evaluación final										
Cierre										

**CARTA DESCRIPTIVA**

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ  
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**

**ANEXO 16**  
**ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**  
**CÉDULA DE SUPERVISIÓN PARA LAS ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**

**Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria**

**FECHA DE SUPERVISIÓN:** \_\_\_\_\_  
**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **LOCALIDAD:** \_\_\_\_\_  
**TEMA IMPARTIDO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE IMPARTICIÓN DEL TEMA:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE ASISTENTES:** \_\_\_\_\_  
**INSTRUCTOR (RESPONSABLE DE LA OEA EN EL MUNICIPIO):** \_\_\_\_\_

**Instrucciones de llenado:** Lea cuidadosamente las preguntas y señale con una ✓ dentro de la carita ☹ (insatisfactorio) o ☺ (satisfactorio) según corresponda, para evaluar de manera insatisfactoria o satisfactoria el tema recibido. En caso de que la respuesta sea INSATISFACTORIA, indique porque lo que considera así en la columna correspondiente.

EVALUACIÓN DEL RESPONSABLE DEL TEMA	EVALUACIÓN		
	INSATISFACTORIO	SATISFACTORIO	¿PORQUE LA CONSIDERA INSATISFACTORIA?
Presentó el objetivo del tema	☹	☺	
Abarcó todo el tema programado	☹	☺	
Utilizó lenguaje claro, adecuado y sencillo	☹	☺	
Mostró dominio del tema	☹	☺	
Supervisó adecuadamente los trabajos	☹	☺	
Resolvió dudas del tema expuesto	☹	☺	
Ilustró el tema con casos prácticos	☹	☺	
Fue puntual para iniciar el tema	☹	☺	

**EVALUACIÓN**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS MATERIALES DIDÁCTICOS UTILIZADOS	INSATISFACTO RÍO	SATISFACTO RÍO	¿PORQUE LA CONSIDERA INSATISFACTORIA?
Los materiales de apoyo empleados para el desarrollo del tema fueron suficientes y de calidad	☹	☺	
Los ejercicios y dinámicas fueron acordes al tema	☹	☺	
La entrega del material fue:	☹	☺	

**OBSERVACIONES, COMENTARIOS Y SUGERENCIAS**


ELABORA	NOMBRE	PUESTO	FIRMA

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

**ANEXO 17**

**ACUSE DE RECIBOS DE INSUMOS ALIMENTARIOS POR BENEFICIARIO**

 <b>SSLP</b> PROSPEREMOS JUNTOS <small>Government of San Luis Potosí</small>	<b>DIF</b> ESTATAL	<b>ACUSE DE RECIBO DE INSUMOS ALIMENTARIOS POR BENEFICIARIO</b>	Código: PAL-F-49
			Código OM: DIF-DG-DD- SAA-PAL-F-49
			Versión: 2
			Fecha: 13 de enero 2021

<b>PROGRAMA:</b>			
<b>MUNICIPIO:</b>			
<b>LOCALIDAD:</b>			
<b>PERIODO CORRESPONDIENTE:</b>	<b>EJERCICIO FISCAL:</b>	<b>No DE BENEFICIARIO B REGISTRADO B EN PADRON:</b>	

CONTENIDO DE LA DOTACION			
No	INSUMO ALIMENTARIO	PRESENTACION	CANTIDAD

No	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FIRMA

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_ NO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

ENTREGA POR EL SMDIF Y/O R. AYUNTAMIENTO _____ NOMBRE, CARGO Y FIRMA	RECIBE POR COMITE PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y/O COMITE DE CONTRALORIA SOCIAL. _____ NOMBRE, CARGO Y FIRMA
--	---

NOTA: Se deberá anexar al presente recibo, copia de la ordenales de elector de cada uno de los beneficiarios.





GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
 SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO  
 DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA  
 SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA  
 INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

**ANEXO 18  
 CONFIRMACIÓN DE COBERTURA DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS**

CONFIRMACIÓN DE COBERTURA DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS				Código: PAL-F-09 Código OM: DIF-DG-DD-SAA-PAL-F-09 Versión: 3 Fecha: 08/10/2019
MUNICIPIO: _____		FECHA: _____		
PROGRAMA: _____		No. DE OFICIO: _____		
MODALIDAD: _____				
LOCALIDAD	NIVEL ESCOLAR	NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO	CLAVE DEL CENTRO EDUCATIVO	TOTAL DE BENEFICIARIOS
TOTALES =				0



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

ANEXO 19

ACTA DE REGISTRO DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL  
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí

Dirección de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria

Acta de Registro

Comité de Contraloría Social



**Acta de Registro del  
Comité de Contraloría Social**

I. DATOS DEL PROGRAMA			
NOMBRE DEL PROGRAMA	<i>Ejemplo: Desayunos Escolares</i>	EJERCICIO FISCAL	2021
MODALIDAD	<i>Ejemplo: (Fríos o Calientes)</i>		
INSTANCIA NORMATIVA	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí		
INSTANCIA EJECUTORA	DIF Estatal, a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria		
APOYO A VIGILAR	Insumos alimentarios.		
DIRECCIÓN DE ENTREGA DE APOYOS, OBRAS Y/O SERVICIOS	<i>Nombre del lugar donde se proporcionan los desayunos (calle, número, colonia, localidad, Municipio, Estado, C.P.)</i>		
II. DATOS DEL COMITÉ COMUNITARIO y/o COMITÉ DE ESPACIOS			
NOMBRE DEL COMITÉ	<i>Ejemplo: Comité de Contraloría Social (Las Flores)</i>		
NOMBRE DE LUGAR	<i>Centro Escolar, Localidad, Municipio y Estado</i>		
FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ	<i>Día / Mes / Año</i>		
REPRESENTANTE	<i>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, Domicilio (calle, número, colonia, cp.) y firma o huella del representante del Comité de Contraloría Social.</i>		
INTEGRANTE	<i>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, Domicilio (calle, número, colonia, cp.) y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social.</i>		
INTEGRANTE	<i>Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, Domicilio (calle, número, colonia, cp.) y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social.</i>		


 DIF  
 Nacional

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


Contraloría Social


 DIF  
 ESTATAL

III. AVISOS, FUNCIONES Y COMPROMISOS DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL O REPRESENTANTE	
<b>AVISO PARA LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El presente formato se elaboró fusionando los requerimientos de información de un Acta de Registro de Comité.</li> <li>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.</li> </ul>
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener ese carácter.</li> <li>Vigilar que el apoyo alimentario llegue correctamente (en cantidad, tiempo y modo programados) a los (las) beneficiarios (as).</li> <li>Levantar un informe anual respecto a la recepción del apoyo recibido.</li> <li>Firmar documentos que pidan el visto bueno del Comité de Contraloría Social.</li> <li>Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución del programa federal.</li> </ul>
<b>COMPROMISOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formar parte del Comité para Programas Alimentarios y/o Comité de Contraloría Social, por lo menos un año.</li> </ul>

\*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

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

**ANEXO 20**  
**INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

Información prellenada por el Programa															
Nombre del Comité: _____															
Localidad: _____		Municipio: _____													
Nombre del Centro Escolar: _____		Fecha de llenado de la cédula: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">DÍA</td><td style="text-align: center;">MES</td><td style="text-align: center;">AÑO</td><td colspan="3"></td></tr></table>								DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO													
Nombre del apoyo vigilado: _____		Clave de la entidad: _____													
Periodo de la ejecución o entrega del beneficio: Del <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">DÍA</td><td style="text-align: center;">MES</td><td style="text-align: center;">AÑO</td></tr></table> Al <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center;">DÍA</td><td style="text-align: center;">MES</td><td style="text-align: center;">AÑO</td></tr></table>					DÍA	MES	AÑO				DÍA	MES	AÑO	Clave del municipio o alcaldía: _____	
DÍA	MES	AÑO													
DÍA	MES	AÑO													
		Clave de la localidad: _____													
Preguntas que deberá responder el Comité de Contraloría Social															
<b>1. La información que concierne se refiere a:</b> (pueden elegir más de una opción)															
<input type="checkbox"/> 1. Objetivar del Programa	<input type="checkbox"/> 7. Dando presente queja y denuncia	<input type="checkbox"/> 8. Derecho y aboliciones de quienes operan el programa	<input type="checkbox"/> 9. Derecho y aboliciones de los beneficiarios (ar)												
<input type="checkbox"/> 2. Beneficiar que ataca el Programa	<input type="checkbox"/> 8. Formar de hacer contraloría social	<input type="checkbox"/> 11. Periodo de ejecución ( fecha de entrega de las apoyas alimentarias)	<input type="checkbox"/> 9. No deseo responder / No saber												
<input type="checkbox"/> 3. Requerir para ser beneficiario (a)	<input type="checkbox"/> 11. No deseo responder / No saber														
<input type="checkbox"/> 4. Dependencia que apartan los recursos para el Programa															
<input type="checkbox"/> 5. Dependencia que ejecuta el Programa															
<input type="checkbox"/> 6. Conformación y funciones del comité o representante															
<b>2. ¿Qué actividades de Contraloría Social realizara como comité?</b> (pueden elegir más de una opción)															
<input type="checkbox"/> 1. Solicitar información de las apoyas alimentarias	<input type="checkbox"/> 6. Contar con informes de Contraloría Social	<input type="checkbox"/> 7. Reunir con servidores públicos y a beneficiarios (ar)	<input type="checkbox"/> 8. Expresar necesidades, opiniones, quejas, denuncias o peticiones a los responsables del Programa												
<input type="checkbox"/> 2. Verificar el cumplimiento de las apoyas alimentarias	<input type="checkbox"/> 7. No deseo responder / No saber														
<input type="checkbox"/> 3. Vigilar el uso correcto de los recursos del Programa															
<input type="checkbox"/> 4. Informar a otras (ar) beneficiarios (ar) sobre el Programa															
<input type="checkbox"/> 5. Verificar la entrega a tiempo de las apoyas alimentarias															
<b>3. De los resultados de requerimientos, supervisión y vigilancia ¿Para qué les sirvió participar en actividades de Contraloría Social?</b> (pueden elegir más de una opción)															
<input type="checkbox"/> 1. Para quejarse o tramitar las apoyas alimentarias o servicios del Programa	<input type="checkbox"/> 6. Para que se atiendan nuestras quejas	<input type="checkbox"/> 7. Para que el programa funcione mejor	<input type="checkbox"/> 8. Para que los servidores públicos rindan cuenta de los recursos del Programa												
<input type="checkbox"/> 2. Para recibir apartamiento de las apoyas alimentarias o servicios	<input type="checkbox"/> 7. No deseo responder / No saber														
<input type="checkbox"/> 3. Para recibir mejor calidad en las apoyas alimentarias o servicios del Programa															
<input type="checkbox"/> 4. Para conocer y ejercer nuestras derechos como beneficiarios (ar)															
<input type="checkbox"/> 5. Para cumplir nuestras responsabilidades como beneficiarios (ar)															
<b>4. En las siguientes preguntas señalen si que piensan, después de hacer Contraloría Social:</b>															
4.1. El Programa entrega los beneficiarios correctos y apartamiento, conforme a la regular de operación u otras normas que lo regulan?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
4.2. Después de realizar la supervisión del apoyo o servicio ¿Consideran que cumple con lo que el Programa les informó que se les entregaría?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
4.3. ¿Detectaron que el Programa se utilizó con fines políticos, electorales, de lucro u otras distintas a su objetivo?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
4.4. ¿Recibieron queja y denuncia sobre la aplicación u operación del Programa?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
4.5. ¿Entregaron la queja y denuncia a la autoridad competente?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
4.6. ¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiarias, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (ar)?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0												
Si quieren reportar alguna requerir mayor información dirígete a: DIF Estatal San Luis Potosí, Nicolás Fernández Torre No. 500, Cal. Jardín, S.L.P. Tel 441515030. Ext.230															
_____ Nombre y firma del/a servidor(a) público que recibe este informe		_____ Nombre y firma del/a integrante del Comité													

### **10. Excepción para la Aplicación de los Apoyos Alimentarios.**

Cualquier circunstancia o situación no prevista en las presentes Reglas de Operación que deba ser resuelta lo hará de manera específica la Dirección de Desarrollo Comunitario y Asistencia Alimentaria del DIF Estatal, notificando a la Junta Directiva la resolución de ésta.

En caso de cualquier desastre natural, contingencia o emergencia, se podrá aplicar hasta el 50% de los recursos destinados a este Programa para coadyuvar a la población afectada.

### **11. Marco Jurídico.**

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, artículo 1º, 4 párrafo noveno, 2º, 4º, 25, 26, 27 fracción XX, 74, 126 y 134.

**Constitución Política del Estado de San Luis Potosí**, artículo 1º, 9 fracciones II, III, XVI inciso d), 12, 14, 82, 83 y 135.

**Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí**, artículo 1º, 2º, 3º, 4º fracción I, IV inciso d), 5º fracción I, 6º fracción IV inciso a) numeral 9, 15, 14º fracción I.

**Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí**, artículo 1º, 3º fracción II inciso a), 5º, 12, 33 fracción VII, XL, 51 y 52.

**Ley para las Aportaciones Transferidas al Estado y Municipios del Estado de San Luis Potosí**, artículo 1º fracción I, 4º, 5º, 6º fracción III, 7º, 8º, 22, 23 y 81.

**Ley Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí**, artículo 1º, 2º fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, 3º fracción XI y 82.

**Ley de Adquisiciones del Estado de San Luis Potosí**, artículo 22 fracción I, II y III.

**Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria**, artículo 1º, 2º, 4º, 5º, 58, 75 y 77 fracción II, 78, 79, 85, 107, 110 y 111.

**Ley General de Salud**, artículo 2º fracción V, 3º, fracción IV, IV Bis, VIII, XI, XII, XVI y XVIII, 6º, fracción VII, 7º fracción XIII Bis, 27 fracción IX y X, 110, 111 fracción II, 112 fracción III, 114, 115 fracción II, III, IV, VI, VII, IX, X, y XI, 159 fracciones V y VI, 172, 210, 212 y 213.

**Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información**, artículo 1º, 2º, 3º, fracción IV.

**Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública**, artículo 1º, 2º y 3º fracción VI.

**Ley de Coordinación Fiscal**, artículo 1º, 2º, 25º fracción V, 37, 39, 40, 41, 48 y 49 fracción V.

**Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria y Desarrollo Comunitario (EIASADC) 2021.**

**Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares**, artículos 1º, 2º, 6º, 7º, 8º, 10º fracción II.

**Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado y Municipios de San Luis Potosí**, artículo 1º, 2º y 3º Fracción XXI, 4º Fracción I, 5º Fracción II, 14, 17 y 18.

**Acuerdo para la Disciplina del Gasto Público y el Fortalecimiento de la Inversión para el Desarrollo**, artículos 5º, 7º, 8º y 10º.

**Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2021**, artículo 3, 5, 7, 27, 28, 29 y 41.

**Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de San Luis Potosí.**

**Ley General de Desarrollo Social**, artículo 3º, 6, 14, 19 fracción V, 30 y 36 fracción VII.

**Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres**, Artículo 5 fracción IV.

**Ley General de Educación**, Artículo 70 fracción IX y Artículo 33 fracción XVII.

**Ley General de los Derechos de Niñas Niños y Adolescentes**, Artículo 36, 37 fracción I y II, 39, 50 fracción III y VIII, 53.

**Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social**, artículo 1º, 61, 62, 67, 68, 69 y 70.

**Ley de Planeación**, artículo 2º fracción V, 9.

**Ley de Contabilidad Gubernamental**, artículo 56, 70 Y 71.

**Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios**, artículo 5.

---

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.-** Las presentes Reglas de Operación tienen el objeto de asegurar que la aplicación de los recursos públicos se realice con eficiencia, eficacia, economía, honradez y transparencia de acuerdo a los artículos 82, 83 y 135 de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí y artículo 77 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

**SEGUNDO.-** Las presentes Reglas de Operación tendrán una vigencia del 31 de enero al 31 de diciembre de 2021.

**TERCERO.-** Con la entrada en vigor de las presentes Reglas de Operación, se derogan todas aquellas disposiciones anteriores que se opongan a las mismas.

### **CECILIA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ GORDOA**

DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

### **MAURICIO ALEJANDRO CASTAÑÓN MALAGÓN**

DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO Y ASISTENCIA ALIMENTARIA DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

### **SILVIA ELENA ESCOBEDO PALOMINO**

DIRECTORA DE ASUNTOS JURÍDICOS DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ