



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)
2022



7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Aliment		
En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez		
1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió una vez al día o dejó de comer todo un día? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿En su hogar viven personas menores de 18 años? SI <input type="checkbox"/> Coexistir No <input type="checkbox"/> Finalizar Cuestionario		
9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones		

Nombre Completo, Firma y Cargo de Quien lo Elabora

Sello SMDIF

Fecha de Actualización: 27 de octubre de 2021 V.03 CEF en: DJ-ACA-SG-RE-142

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

110



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)
2022



Guía de llenado
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIA.
1. Ficha de Identificación	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su SMDIF.
2. Datos de Identificación de Beneficiarios	Nombre	Anotar nombre iniciando por: Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: Mes, Día y Año.
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: masculino o femenino.
	CLUP	Clave Única de Registro de Población, (asegurese que cuente con 18 caracteres)
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.
	Teléfono	Solicitar número telefónico de celular o casa, para localizarlo en caso de emergencia.
	Escolaridad	Solicitar escolaridad de la persona, pudiendo ser: analfabeta, autodidacta, preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, profesional, maestría, actividades propias de la edad y/o doctorado.
	Estatus de Estudio	Preguntar si es: completa, incompleta o estudiando.
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, cuenta propia, jubilado, estudiante, ninguna u otra.
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar Institución de Salud a la que está afiliado: IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado o ninguno.
	Tipo de Vulnerabilidad	Anotar en el cuadro la vulnerabilidad por la cual se inscribe la persona: * Si es discapacitado, constancia médica con tipo de discapacidad (móvil, intelectual, auditiva o visual) * En niña o niño menor de 2 a 5 años 11 meses no escolarizado (anotar peso y talla del menor).
Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de que el beneficiario no puede asistir a alguna plática de Orientación Alimentaria ni recoger el apoyo alimentario.	
Parentesco del Beneficiario Responsable	Solicitar el parentesco de la persona responsable: hermano (a), esposo (a), hijo (a), nieto (a), concubino (a), sobrino (a), primo (a) , cuñado (a), tío (a), suegro (a), yerno, nuera, madrastra, padrastro, bisnieto (a).	

Fecha de Actualización: 27 de octubre de 2021 15:03 C6#(q; D; AOA-SG-RE-142



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)
2022



3. Dirección de la vivienda	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, calzada, cerrada, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, peatonal, periférico, privada, prolongación, retorno, viaducto, brecha, camino, terracería, vereda.
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, rancharía, rancho, región, residencial, villa, etc.
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.	
Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol ahueca. Al un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.</i>	
4. Composición Familiar	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.
5. Calidad y Espacio de	Preguntas de las características	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
6. Acceso a Servicios	Preguntas de los servicios con	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
7. Módulo Cualitativo de la Experiencia en Observaciones	Preguntas que señalan "En su Observación"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
Firmas	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.
	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIA, el Director(a) y Encargado del Programa PAAP deben poner su nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF.

Fecha de Actualización: 27 de octubre de 2021 15:03 C6#(q; D; AOA-SG-RE-142

Anexo 2
Programa de Asistencia Social Alimentaria a
Personas de Atención Prioritaria
Carta Compromiso para el Beneficiario, Padre/Tutor o Responsable



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Carta Compromiso para el Beneficiario,
Padre/Tutor o Responsable
Programa de Asistencia Social Alimentaria a
Personas de Atención Prioritaria (PAAP) 2022
Anexo 2



Municipio _____ Comunidad _____ Fecha _____

Nombre del Beneficiario (a) _____

Nombre del Padre/Tutor o Responsable _____

Valido con mi firma la información proporcionada con la EFIA así mismo estoy enterado(a) de mis derechos, me comprometo a cumplir con las responsabilidades y obligaciones del Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria para el año 2022, que me fueron notificadas en la primera reunión informativa del ejercicio 2022.

Lineamientos para Otorgar el Apoyo Alimentario

1. Entregar todos y cada uno de los documentos que como beneficiario, padre/tutor o responsable del beneficiario estoy obligado, para la integración del expediente.
2. Hacer buen uso de los productos alimentarios que me otorguen, responsabilizándome a no venderlos, tirarlos y/o regalarlos.
3. Asistir a las pláticas de orientación y educación alimentaria de manera puntual, cubriendo la totalidad de las mismas.
4. Participar en todos los eventos que organice el Sistema DIF Municipal, orientados a mejorar los hábitos alimenticios.
5. Aportar el mecanismo de corresponsabilidad de \$15.00 (quince pesos 00/100 M.N)
6. Notificar al Sistema DIF Municipal cualquier cambio como: cambio de domicilio, fallecimiento, ingresos, entre otros para actualizar el expediente.

Declaro bajo protesta de decir la verdad, que todos y cada uno de los documentos e información proporcionada para ser beneficiario(a) del programa PAAP son correctos.

Nombre y Firma del Beneficiario (a)

Nombre y Firma del Padre/Tutor
O Responsable

Nombre y Firma del Encargado (a)
del Programa PAAP del SMDIF

Sello Oficial del SMDIF

Nota: En caso de ser beneficiario (a) menor de edad no llenar el apartado de Nombre y Firma del Beneficiario (a).

Fecha de actualización: 27 de octubre de 2021 V. 07 Código: DJ-ACA-SG-RE-23

Anexo 4
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Formato de entrega de despensas en lista de espera



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Entrega de Despensa en Lista de Espera
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Anexo 4



Mes _____

N°	CURP	Ciclo del Padrón: 2022		Parentesco*	Grado de Inseguridad Alimentaria**	En Sustitución de Quién Recibe Nombre Completo del Beneficiario del Padrón que no Asistió	Firma de Despensa
		Municipio	Localidad				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Tema de la Plática _____

Elaboró _____

Firma del Director (a)

Sello del DIF Municipal

*Parentesco del responsable del beneficiario: 1 Padre, 2 Madre, 3 Hermano (a), 4 Abuelo (a), 5 Tío (a), 6 Primo (a), 7 Tutor, 8 Sobrino (a), 9 Nieto (a), 10 Esposo (a), 11 Hijo (a)
** Grado de Inseguridad alimentaria: 1 leve, 2 moderada, 3 severa
Fecha de actualización: 03 de enero de 2022 V.07 Código: DJ-ACA-SG-PE-30

Anexo 5
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de
Atención Prioritaria
Formato de entrega de despensas en localidades



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Entrega de Despensa en Lista de Espera
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Anexo 4



Mes _____

N°	CURP	Nombre del Beneficiario		Responsable del Beneficiario		Localidad		Subprograma		Firma de Despensa
		Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco*	Grado de Inseguridad Alimentaria**	En Sustitución de Quién Recibe	Nombre Completo del Beneficiario del Padrón que no Asistió	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Tema de la Plática _____

Elaboró _____

Firma del Director (a)

Sello del DIF Municipal

*Parentesco del responsable del beneficiario: 1 Padre, 2 Madre, 3 Hermano (a), 4 Abuelo (a), 5 Tío (a), 6 Primo (a), 7 Tutor, 8 Sobrino (a), 9 Nieto (a), 10 Esposo (a), 11 Hijo (a)

** Grado de Inseguridad alimentaria: 1 leve, 2 moderada, 3 severa

Fecha de actualización: 03 de enero de 2022 V.07 Código: DJ-ACA-SG-FE-30

Anexo 6
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Validación de Padrón de Población Beneficiaria



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Validación del Padrón de Beneficiarios
Programa de Asistencia Social Alimentaria a
Personas de Atención Prioritaria (PAAP)



(Anexo 6)

Por medio de la presente hago constar que en el municipio de _____, se recabó la información del Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria (PAAP) y fue debidamente capturada en el Sistema Padrón Unico, registrando un total de _____ beneficiarios en el padrón para el año 2022, por lo cual la información capturada y entregada en mi calidad de Director(a) General del Sistema DIF la valido mediante mi firma.

Manifiesto que los beneficiarios fueron seleccionados en base a las Reglas de Operación del Programa vigentes, entregando padrón impreso y los expedientes de los beneficiarios de manera digital con información verídica.

Ratifico mi compromiso de hacer cumplir las Reglas de Operación del Programa para el año 2022, así como de los oficios y comunicados que respecto al programa se envíen.

Lo anterior para cualquier supervisión que se me realice en el transcurso del año.

Atentamente

Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 2022.

Nombre y Firma
Director (a) del Sistema DIF Municipal

Anexo 7
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Reporte de Inconformidad



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Reporte de Inconformidad de Productos Alimenticios



Número de Folio

Fecha	Municipio	Región			
Persona que Reporta		Cargo y Firma			
residente o Directora del Sistema DIF Muicip:		Firma			
Descripción de la Inconformidad					
Producto en Mal Estado o Rechazado al Proveedor					
Fecha de Recepción	Número de Factura	Fecha de Caducidad	Número de Lote		
1.-					
2.-					
3.-					
Nombre del Producto	a	b	c	d	Causas del Rechazo (Distintas)
1.-					
2.-					
3.-					
a) En mal estado (color, olor o sabor) b) Empaque roto, maltratado o dañado c) Con residuos diversos (Hongos, excremento, etc) d) Pesos incompletos o cantidad menor e) Otros				Observaciones	
Productos Faltantes					
Fecha de Recepción	Total			Observaciones	
	Factorados	Recibidos	Falta		
Datos a Llenar por el Sistema DIF estatal					
Comentarios de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria.					
Fecha, nombre y firma de quien recibe por parte de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria					
Consideraciones Generales para su Llenado al Reverso					

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria Reporte de Inconformidad de Productos Alimenticios



No.	Concepto	Español para anotar
1	Numero de Folia	Numero consecutivo que le arde de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria del Sistema DIF Jal.
2	Fecha	Día, mes y año en que se realizó el reporte
3	Municipio	Nombre del municipio al que le corresponde el Sistema DIF que realiza el reporte.
4	Recepción	Número de la recepción al que pertenece el municipio
5	Porzana que reparte	Nombre de la porzana que afectó al reparte
6	Cargu y firma	Nombre y firma de la porzana que realiza el reparte
7	Presidente a Director del Sistema DIF Municipal	Nombre de la Presidente a Director del DIF que afectó el reparte.
8	Firma	Firma de Presidente a Director del DIF que afectó el reparte.
Producto en Mal Estado u Rechazado al Proveedor		
9	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Municipal recibió las productos alimenticios por parte del proveedor.
10	Número de factura	Número de la factura a la que corresponden las productos de rechazar o rechazar en mal estado al proveedor.
11	Fecha de caducidad	Día, mes y año que señalan las artículo como fecha en que estar caducan.
12	Numero de lote	Número de lote señalado en el producto refofido.
13	Nombre del producto	Señalar se trata de leche, quillote, aceite, arroz, frijol, harina de maíz ni tamalizada, etc de productos en mal estado u rechazados.
14	Anamallar	Tachar o marcar con una "X" en el recuadro correspondiente (a, b, c, d, e) al ar anamallar que presenten las productos tamando en cuenta la lista de incluirse en el recuadro inferior.
15	Causar del rechaza	Especificar las razones por las que rechazaron dichas productos al proveedor.
16	Observaciones	Anotar aquellas comentarios que consideren importantes para el cumplimiento de la información preparada al respecto.
Producto Faltante		
17	Fecha de recepción	Día, mes y año de la fecha en que el DIF Municipal recibió las productos alimenticios por parte del proveedor
18	Numero de factura	Número de la factura a la que corresponden las productos faltante de rechazar
19	Nombre del producto faltante	Señalar se trata de leche, quillote, aceite, arroz, frijol, harina de maíz ni tamalizada, etc de productos faltante a Derponar
20	Total facturador	Señalar el número total de productos que señala la factura por ar entre cada
21	Total recibido	Señalar la cantidad exacta en unidades de productos que recibió del proveedor
22	Total faltante	Señalar el número total de productos que hicieron falta entre ar por parte del proveedor y ar en señalado en la factura.
23	Observaciones	Anotar aquellas comentarios que consideren importantes para el cumplimiento de la información preparada al respecto.
Datos a Llenar por el DIF Estatal		
24	Comentarios de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria	Observaciones realizadas por la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria en torno a las productos refofidos.
25	Fecha, nombre y firma	Especificar el día, mes y año, así como el nombre y la firma de la porzana de la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria que recibió el reporte.
26	Se quimienta	Observaciones de la quimienta y resolución que realice el almacén general a la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria en quimienta el caso.
Consideraciones Generales para su Llenado		
<p>Debe ser llenado a máquina o letra de molde.</p> <p>Debe presentarse en original a la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria en su turno a parible. (Lunes a viernes de 8:00 a 16:00 hrs.) o vía electrónica con evidencia fotográfica y quimienta aplique el caso. El tiempo de respuesta será de 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción; esta siempre y cuando el formato este llenado de manera correcta e incluya todos los datos requeridos; de no ser así se le comunicará al municipio que la inconformidad no procede. Dependiendo del tipo de inconformidad se revisará para su revisión para validar y autorizar dicha inconformidad por de una.</p> <p>La recepción de la inconformidad no implica en sí misma la autorización favorable de la inconformidad.</p>		

Anexo 8
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Seguimiento de Reporte Ciudadanos y/o Denuncias

Anexo 8
Programa Ayuda Alimentaria Directa
Anexo D, Seguimiento de Reportes Ciudadanos y/o Denuncias



Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Anexo D Seguimiento de Reportes Ciudadanos y/o Denuncias
Programa de Ayuda Alimentaria Directa



I. Datos Generales			
Nombre del Programa		<input type="radio"/> Reporte Ciudadano <input type="radio"/> Denuncia	
Programa Ayuda Alimentaria Directa			
3.- No. y Tipo de Documento			
II. síntesis de la Problemática			No. Observación
No. Identificación	Fecha de Recepción		
III. Investigación			No. Observación
No. Identificación	Acciones Realizadas	Fecha de Seguimiento	
IV. Resolución			No. Observación
No. Identificación	Fecha de Notificación		
Comentarios/Observaciones			

Fecha de actualización: 21 de febrero de 2019 y CI Codig: DUSA-SC-RS-06-B

Anexo 9
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Calendario de Entregables 2022

Medio de verificación/Documento a entregar	Fecha de entrega
Firmas de entrega de beneficiarios escaneadas (un archivo por mes, por vulnerabilidad y localidad) debidamente selladas y firmadas por el Director (a) y coordinador del SMDIF.	5 días hábiles posteriores al mes que corresponde la entrega de las dotaciones alimentarias.
Programación mensual de entrega de despensas en localidades.	Del 20 al 25 del mes anterior a la entrega de dotaciones alimentarias.
Captura de Peso y Talla de las niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses no escolarizados	Primera medición: En el levantamiento del Padrón Segunda medición: Septiembre 2022
Entrega del Proyecto de mecanismos de corresponsabilidad de frutas y verduras frescas.	En el momento de validar el padrón de beneficiarios.
Entrega de los expedientes de los beneficiarios escaneados	En el momento de validar el padrón de beneficiarios.
Evaluación de conocimientos de pláticas de orientación y educación alimentaria al 10 % de los beneficiarios	Evaluación inicial (abril) y evaluación final (noviembre)
Cedula de supervisión de orientación y educación alimentaria de beneficiario a instructor. Evidencia fotográfica de las pláticas de orientación y educación alimentaria y de la entrega de las dotaciones alimentarias.	5 días hábiles posteriores al mes que corresponde la entrega de las dotaciones alimentarias.
Depósito de los mecanismos de corresponsabilidad	15 días hábiles posteriores a la entrega de las dotaciones alimentarias.
Contraloría Social	Se les informara por medio de oficio
Aplicación y captura de EFIIAS al 25% del padrón de beneficiarios de Adultos mayores, personas con discapacidad, niñas y niños de 2 a 5 años 11 meses no escolarizados y personas que se encuentran en condición de carencia alimentaria o desnutrición para medir la mejora de la inseguridad alimentaria	Mes de octubre 2022
Justificación del Proyecto de mecanismos de corresponsabilidad de fruta y verdura fresca Evidencias fotográficas de la entrega de fruta y verdura fresca	Junio y diciembre 2022
Aplicación y captura del Índice de Alimentación Saludable al 25 % de sus beneficiarios	Octubre 2022

Anexo 10
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Carta Compromiso a Sistemas DIF Municipales



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Carta Compromiso a Sistemas DIF Municipales
Programa de Asistencia Social Alimentaria a
Personas de Atención Prioritaria (PAAP)



(Anexo 10)

Municipio _____ Fecha _____

Yo _____ con cargo de Director(a) y responsable de que se cumpla con el Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria (PAAP), para el año 2022, me comprometo a cumplir con las Reglas de Operación y que la persona operativa que asigne al programa cumpla con lo siguiente:

1. Tener la documentación completa en físico y digital de cada uno de los expedientes de beneficiarios conforme el padrón 2022.
2. Entregar al Sistema Estatal DIF los listados escaneados de las firmas por mes, en los primeros 5 días hábiles de cada mes posterior a la entrega.
3. Entregar al Sistema Estatal DIF Escaneadas las Evaluaciones de Orientación Alimentaria Iniciales (mes de febrero) y Finales (mes de diciembre) que serán aplicadas al 10% de los beneficiarios asignados en el padrón 2022.
4. Entregar al Sistema Estatal DIF los calendarios por mes de acuerdo a la entrega de despensas, y enviarlos del 20 al 25 de cada mes con anticipación al mes siguiente, de manera electrónica.
5. Entregar al Sistema Estatal DIF la evidencia fotográfica que represente el tema que se impartió cada mes, así como la evidencia de que se entregó la despensa a beneficiarios del programa PAAP.
6. Realizar los Comités de Contraloría Social en las localidades que se integren en el padrón PAAP 2022 y enviarlos escaneados al Sistema Estatal DIF en la fecha que se estipule.
7. Entregar la totalidad de los Productos Alimentarios cada mes como máximo 15 días después de la fecha de recepción del producto.
8. Hacer el depósito de los mecanismos de corresponsabilidad como límite 5 días después de haber terminado la entrega de despensa por mes.
9. Asistir con compromiso y responsabilidad a las capacitaciones o reuniones que se convoquen en referencia al Programa PAAP 2022.
10. Participar en todos los eventos que organice el Sistema DIF Jalisco, orientados a mejorar los hábitos alimenticios.
11. Notificar el cambio de Operativo del Programa al Sistema DIF Jalisco al Departamento de Estrategias Alimentarias (en caso de que se suscitó).
12. Ejecutar el proyecto de cuotas de recuperación de fruta y verdura fresca de acuerdo a las ROP 2022.

Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos y cada uno de los puntos mencionados serán cumplidos y entregados en tiempo y forma.

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Sello Oficial del SMDIF

Fecha de actualización: 03 de enero de 2022 V. 03 DJ-ACA-SG-RE-151

Anexo 13
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Cédula de Supervisión de las Acciones de
Orientación Alimentaria de Beneficiaria(o) a Instructor



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Cédula de Supervisión de las Acciones de
Orientación Alimentaria de Beneficiario a Instructor



Información General

Fecha de Impartición de la Plática	
Municipio y Localidad	
Tema Impartido	
Número de Asistentes	
Nombre del Instructor	

Beneficiario, favor de responder las siguientes preguntas evaluando al instructor de la plática de educación y orientación alimentaria.

1.- ¿Cómo impartió el instructor la plática de orientación y educación alimentaria?

Bien Regular Mal

2.- ¿El instructor logro captar su atención?

Sí No

3.- ¿Con esta platica logro comprender y aprender sobre el tema?

Sí No

4.- ¿El material didáctico que utilizo para impartir la plática fue de buena calidad y agradable?

Bien Regular Mal

5.- ¿El material didáctico que utilizo para impartir la plática fue comprensible?

Sí No

6. ¿Qué nueva practica o conducta adoptaras en tu alimentación después de esta capacitación?

Firma del Instructor

Validó Director (a)

Firma del Beneficiario

Sello DIF Municipal

Anexo 14
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Proyecto de Mecanismos de Corresponsabilidad



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria



Anexo 14 Proyecto para la Aplicación de Cuotas de Recuperación

Fecha de elaboración: _____		Presupuesto Cuotas de Recuperación			
1.- Sistema Municipal _____		2.- Programa Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria			
3.- Tipo de Proyecto Aplicación de Cuotas de Recuperación		4.- Ejercicio Fiscal 2	5.- Período de Aplicación Anual		
6.- Objetivo: Ampliar y fortalecer la dotación alimentaria con insumos de fruta y verdura fresca que ayuden a cubrir los requerimientos nutricionales a Personas de Atención Prioritaria.					
7.- Justificación:					
8.- No. de Beneficiarios (as) de Padrón 2022	9.- Cuota de Recuperación		10.- Tipo de Apoyo Recibido		
	Por Dotación Mensual (No. De beneficiarios(as) x \$500)	Por Dotación Anual (Multiplicar el total de la dotación mensual x 12 meses)		Fruta y Verdura fresca	
<table border="1" style="margin: auto; width: 60%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">11.- Meses de Apoyo</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Julio y Diciembre</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">Observación: Los meses de frute y verdura fresca cubren la dotación mensual de cada Parte de Operación del Programa 2022, así como el costo de la fruta fresca que, de ser el resultado neto, se usa para cubrir el resto de la dotación con la fruta fresca.</p>				11.- Meses de Apoyo	Julio y Diciembre
11.- Meses de Apoyo	Julio y Diciembre				
Elaboró	Autorizó	Revisó			
Nombre y Cargo Encargado (a) del Programa	Nombre y Cargo Director (a) SMDIF	Nombre y Cargo SEDIF			
	Sello Oficial SMDIF	Sello Oficial SEDIF			
(Formato No. 1)					

Fecha de Actualización: 07 de octubre de 2021 FOLIO 046 DE 047 ACD-SS-RE-02 y 03

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

124



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria



Proyecto Anual para la Aplicación de Cuotas de Recuperación
Desglose por Estrategia

1.- Sistema Municipal _____

2.- Estrategia **Ampliación y Fortalecimiento de los Programas Alimentarios Frutas y Verduras Frescas**

3.- Ejercicio Fiscal **2022**

4.- Concepto de Gasto	5.- Precio Unitario	7.- Subtotal
Primera Entrega		
Segunda Entrega		
8.- Observaciones		
9.- Total del Proyecto		\$

Elaboró

Autorizó

Nombre y Cargo
Encargado (a) del Programa

Nombre y Cargo
Director (a) SMDIF

Sello oficial del SMDIF

(Forma No. 2)

Fecha de Actualización: 30 de marzo de 2021. Código: DJ-RCR-10-RE-12_11

Anexo 15
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Índice de Alimentación Saludable

Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco
Índice de Alimentación Saludable

+	Nombre del Beneficiario	
	Municipio:	
	Programa:	
	Subprograma:	

	VARIABLES	¿Con que frecuencia consume?	Diario	3 o más a la semana, pero no a diario	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
DIARIO	Cereales y derivados Avena, pastas, tortilla, bolillo, etc.	¿Con que frecuencia consume?	Diario	3 o más a la semana, pero no a diario	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
	Verduras y hortalizas Jícama, pepino, zanahoria, brócoli, chayote, lechuga, calabaza etc.	¿Con que frecuencia consume?	Diario	3 o más a la semana, pero no a diario	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
	Frutas Manzana, naranja, guayaba, fresa, plátano, mango, mandarina, papaya, uvas etc.	¿Con que frecuencia consume?	Diario	3 o más a la semana, pero no a diario	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
	Leche y derivados Leche, queso, panela, crema, yogurt etc.	¿Con que frecuencia consume?	Diario	3 o más a la semana, pero no a diario	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
SEMANTAL	Carnes Carne de res, carne de puerco, pollo, pescado	¿Con que frecuencia consume?	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana, pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca
	Legumbres Frijol, habas, lentejas, garbanzo etc.	¿Con que frecuencia consume?	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana, pero no a diario	Menos de una vez a la semana	Consumo diario	Nunca o casi nunca

Fecha de actualización: 24 de febrero de 2022. Documento Procedente de DIF Nacional (EIASADC 2022)

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

126

Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco
Índice de Alimentación Saludable

EVENTUAL	Embutidos y fiambres Salchicha, jamón, chorizo etc	¿Con que frecuencia consume?	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana, pero no diario	Consumo diario
	Dulces Chocolates, paletas de caramelo etc	¿Con que frecuencia consume?	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana, pero no diario	Consumo diario
	Refresco con azúcar	¿Con que frecuencia consume?	Nunca o casi nunca	Menos de una vez a la semana	1 o 2 veces a la semana	3 o más veces a la semana, pero no diario	Consumo diario

Firma del beneficiario

Nombre y firma de quien elaboro

Sello del SMDIF

Fecha de actualización: 24 de febrero de 2022. Documento Proveniente de DIF Nacional (EIASADC 2022)

Anexos Formatos de Contraloría Social

**Anexo 1
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Acta de Comité de Contraloría Social**



**ANEXO 1
ACTA DE REGISTRO COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA 2022**

Municipio	
Localidad	
Fecha de constitución	
Instancia Normativa	SISTEMA DIF JALISCO
Instancia Ejecutora	
Recurso a Vigilar	FONDO V RAMO 33
Fecha o periodo del apoyo	01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2022

INTEGRANTES DEL COMITÉ

Nombre	Cargo	Firma	No. de Teléfono
	Presidenta (e)		
	Tesorera (o)		
	Responsable de nutrición		
	Responsable de inocuidad alimentaria		
	Vigilancia nutricional		

FUNCIONES

- 1.- Verificar que se cobró únicamente la cuota de recuperación estipulada.
- 2.- Verificar que los beneficiarios cumplan con los requisitos de inclusión del programa.
- 3.- Verificar la impartición mensual de pláticas de Orientación Alimentaria.
- 4.- Coadyuvar en la promoción de la transparencia, el combate a la corrupción y la gestión pública.
- 5.- Promover la participación de los beneficiarios en las actividades de seguimiento, supervisión y vigilancia del programa.
- 6.- Vigilar que el beneficiario reciba su despensa (cada mes) según reglas de operación.
- 7.- Informar al Sistema DIF Municipal y/o al Delegado cualquier anomalía en todo el proceso de entrega, recepción de despensas a beneficiarios.
- 8.- Apoyar de ser necesario en la entrega de las despensas PAAD, con la cuota de recuperación, apoyar en convocar para las pláticas de Orientación Alimentaria.
- 9.- Denunciar en caso necesario de alguna anomalía al tel. 01800 4683786 gratuito de la Contraloría Social del Estado y a la Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria de DIF Jalisco al tel. 30 30 38 00 ext. 132 y 133. No. gratuito DIF Jalisco 01800300343.

Nombre y firma del representante del Comité de Contraloría Social	Nombre y firma enlace del Sistema DIF Municipal
---	---

Sello del SMDIF

Quiénes escriben el presente bajo protesta de decir verdad de la información aquí proporcionada.
Nota: El formato podrá cambiar en forma de diseño para mayor facilidad en el llenado y entregado a los comités de beneficiarios del programa, sin embargo no tendrá cambio de fondo.

Anexo 2
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Minuta de Reunión y Registro de Asistencia
(Primera etapa)



ANEXO 2
MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: _____ Localidad: _____

Fecha: _____

Objetivo de la reunión

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

Lograr que los beneficiarios del Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria, participen de manera activa en la conformación del comité de Contraloría Social.

Programa de la reunión

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

- 1.- Conformación del Comité de Contraloría Social
- 2.- Llenado del Acta de Conformación de Contraloría Social
- 3.- Aplicación de Minuta de Reunión y Registro de Asistencia
- 4.- Aplicación de la Cédula de Vigilancia

Resultados de la reunión

Redactar brevemente las necesidades, opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité, así como (si fuera el caso) las denuncias y/o quejas.

Acuerdos y compromisos

Establecer fecha de cumplimiento y responsable.

Acuerdos	Fecha	Responsable

NOTA: 1ra. Etapa



ANEXO 2
MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

Recibí documentos de la Contraloría Social:	SI	NO
Convocatoria		
Capacitación sobre comités de Contraloría Social		
Tríptico de información básica de Contraloría Social		
Cuaderno de trabajo		

REGISTRO DE ASISTENCIA <i>(añadir las filas que sean requeridas)</i>		
No.	Nombre del Asistente	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

Sello del SMDIF

NOTA: 1ra. Etapa

Anexo 2
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Minuta de Reunión y Registro de Asistencia
(Segunda etapa)



ANEXO 2
MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

DATOS DE LA REUNIÓN

Municipio: _____ **Localidad:** _____

Fecha: _____

Objetivo de la reunión

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

Realizar la entrega de los anexos que se nos requiere por parte del SMDIF, para culminar con las actividades de Contraloría Social.

Programa de la reunión

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

- 1.- Aplicación de Minuta de Reunión y Registro de Asistencia
- 2.- Aplicación de la Cédula de Vigilancia
- 3.- Aplicación del informe final

Resultados de la reunión

Redactar brevemente las necesidades, opiniones e inquietudes de los integrantes del Comité, así como (si fuera el caso) las denuncias y/o quejas.

NOTA: 2da. Etapa



ANEXO 2
MINUTA DE REUNIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

REGISTRO DE ASISTENCIA		
No.	Nombre del Asistente	Firma
1		
2		
3		
4		
5		

Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

Nombre y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

Sello del SMDIF

NOTA: 2da. Etapa

Anexo 3
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Cédula de Vigilancia
(Primera etapa)



ANEXO 3
CÉDULA DE VIGILANCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

DATOS GENERALES

Estado	
Municipio	
Localidad	
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria.

1.- El comité lo integran:

Cantidad de Hombres	<input type="text"/>	Cantidad de Mujeres	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	---------------------	----------------------

2.- Marque su opinión con respecto al apoyo que recibió del Programa Alimentario.

a) ¿Se entregó completo?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué? <input style="width: 100px;" type="text"/>
-----------------------------	-----------------------------	--

b).- ¿Los entregaron a tiempo?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué? <input style="width: 100px;" type="text"/>
-----------------------------	-----------------------------	--

3.- Conoce la información del apoyo que recibe?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

4.- Marque con una X el cuadro que indica la información que conoce del apoyo alimentario

<input type="checkbox"/> Duración del apoyo	<input type="checkbox"/> Donde canalizar sus quejas o denuncias
<input type="checkbox"/> Fechas de entrega	<input type="checkbox"/> Dependencia estatal que participa en el apoyo
<input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiario	<input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 100px;" type="text"/>

5.- La atención que le dio el servidor público al entregarte el apoyo, fue:

<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular ¿Cómo fue el trato?	<input type="checkbox"/> Mala ¿Cómo fue el trato?
--------------------------------	--	---

6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Por qué? <input style="width: 100px;" type="text"/>
-----------------------------	-----------------------------	--

NOTA: 1ra etapa
Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social



ANEXO 3
CÉDULA DE VIGILANCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿De qué se trata?"/>
8.- ¿Detecto que durante la entrega de apoyos se haya utilizado para otros fines distintos a su objetivo?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Cuál?"/>
9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
10.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text" value="¿Por qué?"/>	<input type="checkbox"/> No
<input type="text" value="¿Por qué?"/>		
Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:		

Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

Nombre, puesto del representante del Sistema DIF Jalisco que recibe esta cédula

Sello del SMDIF

Sello del SEDIF

NOTA: 1ra etapa
Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social

Anexo 3
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención
Prioritaria
Cédula de Vigilancia
(Segunda etapa)



ANEXO 3
CÉDULA DE VIGILANCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

DATOS GENERALES

Estado	
Municipio	
Localidad	
Nombre del Programa que recibe el apoyo	Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Fecha en que le dieron el apoyo	

1.- El comité lo integran:

Cantidad de Hombres Cantidad de Mujeres

2.- Marque su opinión con respecto al apoyo que recibió del Programa Alimentario.

a) ¿Se entregó completo? Si No ¿Por qué?

b).- ¿Los entregaron a tiempo? Si No ¿Por qué?

3.- Conoce la información del apoyo que recibe? Si No

4.- Marque con una X el cuadro que indica la información que conoce del apoyo alimentario

<input type="checkbox"/> Duración del apoyo	<input type="checkbox"/> Dónde consultar sus quejas o denuncias
<input type="checkbox"/> Fechas de entrega	<input type="checkbox"/> Dependencia estatal que participa en el apoyo
<input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiario	<input type="checkbox"/> Otro

5.- La atención que le dio el servidor público al entregarle el apoyo, fue:

Buena Regular ¿Cómo fue el trato? Mala ¿Cómo fue el trato?

Nota: 2da etapa
Responsables del Bando: Integrantes del Comité de Contraloría Social



ANEXO 3
CÉDULA DE VIGILANCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

6.- El apoyo se ha entregado de acuerdo a las fechas programadas?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
7.- ¿Ha visto alguna irregularidad durante la entrega de los apoyos?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿De qué se trata?"/>
8.- ¿Detecto que durante la entrega de apoyos se haya utilizado para otros fines distintos a su objetivo?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Cuál?"/>
9.- ¿Considera que el programa se da con igualdad entre hombres y mujeres?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Por qué?"/>
10.- Recibió alguna queja o denuncia de parte de los beneficiarios(as) o integrantes del Comité?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas quejas?"/>
<input <="" td="" type="text" value="¿Tipo de queja o denuncia?"/>	
<small>Si la respuesta es Sí contestar las preguntas 11, 12, 13, 14 y 15, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 16.</small>	
11.- ¿Entregó las quejas o denuncias a la autoridad correspondiente?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input <="" td="" type="text" value="¿Cuántas entrego?"/>
<input type="checkbox"/> No	<input <="" td="" type="text" value="¿Por qué no las presento?"/>
12.- ¿En donde las presentó?	
<input type="text" value="Dependencia Federal"/>	<input type="text" value="Dependencia Municipal"/>
<input type="text" value="Dependencia Estatal"/>	<input type="text" value="Otro. Especifique"/>
13.- Escribe el nombre del servidor público y la dependencia donde trabaja, que le recibió las quejas o denuncias.	
<input type="text"/>	
14.- ¿Le dieron respuesta a las quejas que presentó?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nota: 2da etapa
Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social

01/03/2022

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

136



ANEXO 3
CÉDULA DE VIGILANCIA
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022



15.- ¿Hubo mejoras en el programa?	
Si	¿Cuáles?
No	¿Por qué?
16.- ¿Se reúne con el responsable del programa?	
Si	¿Cada cuándo?
No	¿Por qué?
17.- ¿Qué temas tratan?	
18.- ¿El programa cumple con lo comprometido con usted?	
Si	¿Porque?
No	¿Por qué?
19.- En su opinión ¿qué resultados obtuvo con la aplicación de la Contraloría Social?	
20.- ¿Informe a su comunidad sobre los resultados de Contraloría Social que obtuvo?	
Si	¿De qué manera?
No	¿Por qué?
Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:	

Nombre y firma de la representante del Comité de Contraloría Social

Nombre, puesto del representante del Sistema DIF Jalisco que recibe esta cédula

Sello del SMDIF

Sello del SEDIF

Nota: 2da etapa
Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social

Anexo 4
Programa De Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Informe del Comité de Contraloría Social



ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

Fecha	
Municipio	
Localidad	
Nombre del Programa	Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria

Dependencia que ejecuta el programa	
Periodo de ejecución	
Descripción del apoyo (En qué consiste el apoyo alimentario)	Entrega de apoyo en especie consistente en una dotación alimentaria integrada por alimentos básicos y complementarios.

1.- ¿Recibió toda la información necesaria para realizar las actividades de Contraloría Social?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
1.1 ¿Qué información recibió?	
<input type="text" value="Derechos y obligaciones"/>	<input type="text" value="Tipos de beneficio del Programa Alimentario"/>
<input type="text" value="Montos del apoyo"/>	<input type="text" value="Periodicidad de entrega"/>
<input type="text" value="Instancia para solicitar la información"/>	<input type="text" value="Otra. Especifique:"/>
1.2 ¿A través de qué medio recibió esta información?	
<input type="checkbox"/> Verbalmente	<input type="checkbox"/> Díptico o trípticos
<input type="text" value="Otra. Especifique:"/>	
2.- Realizó el levantamiento de cédula de vigilancia?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="text" value="¿Cuántas realizó al año?"/>
<input type="checkbox"/> NO	<input type="text" value="¿Por qué?"/>
3.- ¿Entregó al representante del programa las cédulas de vigilancia?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text" value="¿Por qué?"/>	
4.- ¿Cuáles fueron los resultados que obtuvo del seguimiento y vigilancia del apoyo?	
<input type="text"/>	
5.- ¿Se cumplieron las metas del apoyo en los tiempos establecidos?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="text" value="¿Por qué?"/>	

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social

EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

138



ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

6.- ¿Detectó alguna persona que no debería ser beneficiaria del programa?			
<input type="checkbox"/> SI			
¿Lo denunció?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Por qué?
7.- ¿Detectó que el apoyo se utilizó para otros fines distintos a su objetivo?			
<input type="checkbox"/> SI	¿Para qué fin se utilizó el programa?	<input type="checkbox"/> Político	<input type="checkbox"/> Lucro
<input type="checkbox"/> NO			
8.- ¿Recibió usted, quejas o denuncias por parte de los beneficiarios?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<small>Si la respuesta es SI contestar las preguntas 9,10,11,11.1,12 y 12.1, si la respuesta es NO pasar a la pregunta 13.</small>			
9.- Cuántas recibió? <input style="width: 50px;" type="text"/>			
10.- ¿Sobre qué eran?			
Aplicación del recurso	¿Cuántas	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Ejecución del programa	¿Cuántas	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Irregularidades en el apoyo	¿Cuántas	<input style="width: 50px;" type="text"/>	
Otro:	Especifique	<input style="width: 150px;" type="text"/>	
11.- ¿Entregó las quejas y/o denuncias a la autoridad correspondiente?			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Por qué no las presentó?	
11.1 Escriba el nombre del servidor público que le recibió las quejas y/o denuncias y la dependencia donde trabaja			
12.- Le dieron respuesta a las quejas que presentó?			
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social



ANEXO 4
INFORME DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

12.1 En qué sentido fueron las respuestas?

Sanciones administrativas	¿Cuántas	<input type="text"/>
Sanciones civiles	¿Cuántas	<input type="text"/>
Sanciones penales	¿Cuántas	<input type="text"/>
Otras:	Especifique	<input style="width: 100%;" type="text"/>

13.- ¿Qué resultados generó la aplicación de la Contraloría Social?

14.- Cuántas veces al año se reunió con las beneficiarias para informarles los resultados que obtuvieron?

Nota: Espacio para expresar observaciones o comentarios:

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CONTRALORIA SOCIAL

NOMBRE	CARGO	FIRMA	TELEFONO
	Presidenta (e)		
	Tesorera (a)		
	Responsable de nutrición		
	Responsable de Inocuidad Alimentaria		
	Vigilancia nutricional		

Nombre, cargo y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

Nombre, cargo y firma del representante del Sistema DIF Jalisco

Sello del SMDIF

Sello del SEDIF

Responsables del llenado: Integrantes del Comité de Contraloría Social

Anexo 5
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas
de Atención Prioritaria
Denuncias y/o Reportes Ciudadanos



ANEXO 5
DENUNCIAS Y/O REPORTES CIUDADANOS
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

Fecha: _____

Nombre del Ciudadano(a)		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Domicilio		
Calle y número	Colonia	Código Postal
Localidad	Municipio	Teléfono
[]	[]	[]
Motivo de su denuncia o reporte ciudadano:		
[Queja]	[Denuncia]	[Otro]
[Uso inadecuado del apoyo]	[Falta de atención del programa]	
[Problemas con el sector educativo]	[Retraso en la entrega del apoyo]	
[Solicitud de información acerca del programa]		
¿Contra quién presenta su reporte?		
[Nombre (s)]	[Apellido paterno]	[Apellido materno]
Cargo/Función	Dependencia	
[]	[]	
Narración de hechos		
¿Cuenta con pruebas de esos hechos?		
[SI]	[¿Cuáles?]	[No]

Firma o Huella digital del Ciudadano que presenta dicha Denuncia o Reporte ciudadano



Anexo 6
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria
Acta de Sustitución de un Integrante del Comité de Contraloría Social



ANEXO 6
ACTA DE SUSTITUCIÓN DE UN INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL
ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

Table with 2 columns: Field (Municipio, Localidad, Fecha de registro, Descripción del tipo de apoyo que recibe) and Value.

NOMBRE DEL INTEGRANTE ACTUAL DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL A SUSTITUIR

Table with 4 columns: Nombre, Cargo, Firma o Huella, No. De Teléfono.

SITUACIÓN POR LA CUAL PIERDE LA CALIDAD DE INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL

Table with 2 columns: Cause (Muerte del integrante, Separación voluntaria, Acuerdo del Comité) and Description (Acuerdo de la mayoría, Pérdida de carácter, Otra. Especifique).

NOMBRE DEL NUEVO INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL QUE SUSTITUYE AL ANTERIOR

Table with 4 columns: Nombre, Cargo, Firma o Huella, No. De Teléfono.

Nombre, Cargo y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal

Adjuntar el anexo. - 2 Minuta de Reunión y Registro de Asistencia

Anexo 7
Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas
de Atención Prioritaria
Solicitud de Información



ANEXO 7
SOLICITUD DE INFORMACIÓN



ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCIÓN PRIORITARIA 2022

Municipio	
Localidad	
Nombre	
Domicilio	
Nombre del Programa Social	
Dependencia que lo proporciona	
Fecha	

El programa consiste en:		
<input type="checkbox"/> Obra	<input type="checkbox"/> Servicio	<input type="checkbox"/> Apoyo
Si usted es integrante del Comité de Contraloría Social, escriba los siguientes datos:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Escriba la pregunta o los puntos de información que solicita sobre el programa:		

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre, Cargo y firma del Enlace del Sistema DIF Municipal que recibe



EL ESTADO DE JALISCO

PERIÓDICO OFICIAL

REQUISITOS PARA PUBLICAR EN EL PERIÓDICO OFICIAL

Los días de publicación son martes, jueves y sábado

Para convocatorias, estados financieros, balances y avisos

1. Que sean originales
2. Que estén legibles
3. Copia del RFC de la empresa
4. Firmados (con nombre y rúbrica)
5. Pago con cheque a nombre de la Secretaría de la Hacienda Pública, que esté certificado.

Para edictos

1. Que sean originales
2. Que el sello y el edicto estén legibles
3. Que estén sellados (que el sello no invada las letras del contenido del edicto)
4. Firmados (con nombre y rúbrica)

Para los dos casos

- Que no estén escritos por la parte de atrás con ningún tipo de tinta ni lápiz.
- Que la letra sea tamaño normal.
- Que los Balances o Estados Financieros, si son varios, vengan uno en cada hoja.
- La información de preferencia deberá venir en cd o usb, en el programa Word u otro formato editable.

Por falta de alguno de los requisitos antes mencionados, no se aceptará ningún documento para su publicación.

PARA VENTA Y PUBLICACIÓN

Venta

- | | |
|------------------------------|----------|
| 1. Constancia de publicación | \$110.00 |
| 2. Edición especial | \$207.00 |

Publicaciones

- | | |
|--|------------|
| 1. Balances, Estados Financieros y demás publicaciones especiales, por cada página | \$1,438.00 |
| 2. Mínima fracción de 1/4 de página en letra normal | \$620.00 |
| 3. Fracción 1/2 página en letra normal | \$959.00 |

Tarifas válidas desde el día 1 de enero al 31 de diciembre de 2022
Estas tarifas varían de acuerdo a la Ley de Ingresos del Estado de Jalisco.

Atentamente

Punto de Venta y Contratación

Av. Prolongación Alcalde 1855, planta baja, Edificio Archivos Generales, esquina Chihuahua
Teléfono 3819 2300, Extensiones 47306 y 47307. Librería 3819 2476
periodicooficial.jalisco.gob.mx



Secretaría
General de Gobierno
GOBIERNO DE JALISCO



EL ESTADO DE JALISCO
PERIÓDICO OFICIAL

S U M A R I O

MIÉRCOLES 30 DE MARZO DE 2022
NÚMERO 43 QUINQUIES. EDICIÓN ESPECIAL
TOMO CDIII

REGLAS de operación "Programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas de Atención Prioritaria" ejercicio 2022. **Pág. 3**



Secretaría General
de Gobierno
GOBIERNO DE JALISCO

periodicooficial.jalisco.gob.mx