



**DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VULNERABLE
SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA**

**CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DEL PROGRAMA ATENCIÓN A MENORES DE 5 AÑOS EN
RIESGO, NO ESCOLARIZADOS**

EN EL CENTRO DE ATENCIÓN _____ UBICADO EN LA LOCALIDAD
_____ DEL MUNICIPIO DE _____ SIENDO LAS _____ HORAS DEL DÍA ____
DEL MES DE _____ DEL AÑO _____. LOS PADRES DE FAMILIA, AUTORIDADES DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y
DEL DIF MUNICIPAL, SE REUNIERON CON LA FINALIDAD DE CONSTITUIR EL COMITÉ DE MENORES DE 5 AÑOS EN
RIESGO, NO ESCOLARIZADOS, QUIENES SERÁN LOS RESPONSABLES DIRECTOS DE LA OPERATIVIDAD DEL
PROGRAMA CUYO OBJETIVO ES CONTRIBUIR A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE
SE ENCUENTRAN EN CONDICIONES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD, MEDIANTE LA ENTREGA DE APOYOS
ALIMENTARIOS ADECUADOS A SU EDAD Y BRINDANDO ORIENTACIÓN ALIMENTARIA QUE INCLUYAN PRÁCTICAS DE
HIGIENE A SUS PADRES.

FUNCIONES DEL COMITÉ

1. FUNGIR LA TAREA DE CONTRALORÍA SOCIAL, VIGILANDO QUE EL SMDIF REALICE EL MANEJO CORRECTO DEL PROGRAMA.
2. RECIBIR POR PARTE DEL DIF MUNICIPAL SU ASIGNACIÓN DE BRIKS DE LECHE Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO, RESGUARDANDO DICHS PRODUCTOS DENTRO DEL CENTRO DE ATENCIÓN EN LAS CONDICIONES QUE ESTE LO REQUIERE.
3. HACER EL PAGO OPORTUNO DEL PRODUCTO AL RECIBIRLO POR PARTE DEL DIF MUNICIPAL, FIRMANDO Y SELLANDO DE RECIBIDO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE QUE DIF MUNICIPAL LE PRESENTARÁ.
4. DISTRIBUIR, RESPETANDO EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS, LOS BRICKS DE LECHE Y COMPLEMENTO ALIMENTICIO, DE ACUERDO AL PERIODO DE ENTREGA APROBADO POR SEDIF.
5. RECOLECTAR LA CUOTA DE RECUPERACIÓN DE CADA DESAYUNO, SIENDO EL COSTO DEL BRIK \$ 0.20 M.N., Y DEL COMPLEMENTO \$ 0.20, NO DEBIENDO EXCEDER ESTE COSTO. PARA LA CUOTA DE RECUPERACIÓN DE LA FRUTA EL DIF MUNICIPAL LA ACORDARÁ CONJUNTAMENTE CON LOS PADRES DE FAMILIA, Y ÉSTA NO DEBE REBASAR EL COSTO DE ADQUISICIÓN.
6. COORDINAR CON EL DIF MUNICIPAL Y SECTOR SALUD, ACCIONES EN MATERIA DE ORIENTACIÓN NUTRICIONAL.

INTEGRANTES DEL COMITÉ

NOMBRE Y FIRMA

PRESIDENTE (A) _____ SECRETARIO (A) _____

TESORERO (A) _____ VOCAL: _____

NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE TRATAR SE LEVANTA LA PRESENTE FIRMANDO LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON:

Vo. Bo.

Vo. Bo.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE
ATENCIÓN

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRESIDENTA(E)
DEL DIF MUNICIPAL

SELLO DEL CENTRO DE ATENCIÓN

SELLO DEL DIF MPAL.