



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

Acta de 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 SMDiF
_____ 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 SMDiF, 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 SMDiF 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

Director(a) del Plantel Escolar (cuando aplica)

Elabora

Responsable del SMDIF

Autoridad Comunal

Juez y/o Comisariado Ejidal

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

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
SMDIF _____ 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 SMDIF, 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 SMDIF 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 Desayunos Escolares o Comité para 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 SMDIF.
 - 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 SMDIF 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 Desayunos Escolares o Comité para Programas Alimentarios).
8. Realizar Informe por el Comité de Contraloría Social saliente.
9. Reconocimiento del cumplimiento de sus funciones al Comité de Desayunos Escolares o Comité para Programas Alimentarios saliente.
10. Entrega-recepción del Programa en la comunidad por el Comité de Desayunos Escolares o Comité para Programas Alimentarios saliente.
11. Condiciones de uso del local comunitario para el servicio y el resguardo de los insumos alimentarios, equipo y utensilios (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 de Desayunos Escolares o 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 del Huerto Escolar.		
Domicilio y teléfono:		
Responsable de Contraloría Social.		
Domicilio y teléfono:		

Conformación de Equipos de Trabajo: (cuando aplica). Si no aplica solo anotar a los integrantes del Comité de Desayunos Escolares o 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

Responsable del SMDIF

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

TESTIGOS

Personal Responsable de la Oficina Regional No _____

Registro del Comité de Contraloría Social

DATOS DEL PROGRAMA		EJERCICIO FISCAL	2021
NOMBRE DEL PROGRAMA	<i>Ejemplo:</i> Desayunos Escolares		
MODALIDAD	<i>Ejemplo:</i> (Frios o Calientes)		
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	Nombre del lugar donde se proporcionan los desayunos (calle, número, colonia, localidad, Municipio, Estado, C.P.)		
Datos del Comité Comunitario y Comité de Espacios			
NOMBRE DEL COMITÉ	<i>Ejemplo:</i> Comité de Contraloría Social (Las Flores)		
NOMBRE DE LUGAR	Centro Escolar, Localidad, Municipio y Estado		
FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ	Día / Mes / Año		
REPRESENTANTE INTEGRANTE	Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, Domicilio (calle, número, colonia, cp,) y firma o huella del representante del Comité de Contraloría Social.		
INTEGRANTE	Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno, Sexo, Edad, Domicilio (calle, número, colonia, cp,) y firma o huella del integrante del Comité de Contraloría Social.		

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

AVISO PARA LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ	
DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none">• El presente formato se elaboró fusionando los requerimientos de información de un Acta de Registro de Comité.• 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.• Vigilar que los beneficiarios del programa federal cumplan con los requisitos para tener ese caso (as) a los (las) beneficiarios (as).• Levantar un informe anual respecto a la recepción del apoyo recibido.• Firmar documentos que pidan el visto bueno del Comité de Contraloría Social.• Recibir las quejas y denuncias sobre la aplicación y ejecución del programa federal.• Formar parte del Comité para Programas Alimentarios y/o Comité de Contraloría Social, por lo me nos, un año.
COMPROMISOS	

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

Manuelito y Patricia de la Torre del/la Representante electo/a del
Comité de CS

Manuelito y Patricia de la Torre del/la Representante del Comités
de CS

Manuelito y Patricia de la Torre del/la Representante del Comités
de CS

Manuelito y Patricia de la Torre del/la Representante del Comités
de CS