

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO
COORDINACIÓN DE ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMA ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO
ANEXO IV. ESCRITO DEL COMITÉ

Siendo las _____ horas del día ____ de _____ del año ____ en la localidad de _____ del municipio de, Gto., reunidos en asamblea, la mayoría de las personas interesadas en el Programa **ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO**, para el apoyo de _____, de común acuerdo levantan el presente escrito a fin de formar un comité de espacio alimentario.

Clave del plantel: _____ Nombre del plantel: _____

Este comité se forma con el propósito de hacer funcionar el Programa **ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO**, para el apoyo de _____

Se establecen los nombres y funciones de las personas elegidas por voto mayoritario como las personas responsables de mantener en funcionamiento del **Programa ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO** para el apoyo de _____, vigilar que exista un honesto y adecuado uso de los recursos y apoyos otorgados, gestionar y dar seguimiento a necesidades prioritarias, dar un servicio de alimentación de acuerdo a las recomendaciones propuestas por DIF Estatal, realizar actividades de buenas prácticas de higiene, además de participar en acciones de Orientación Alimentaria.

El comité tendrá vigencia de un año a partir de la firma de este documento o durante el tiempo que dure en funciones el espacio alimentario, en caso de ser por un periodo menor a un año.

Los integrantes de éste comité, en conocimiento pleno de las Reglas de Operación del **Programa ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO** para el ejercicio fiscal 2021, convienen en acatar los acuerdos que se establezcan en las asambleas, en el cual deberán señalarse las actividades que cada integrante del Comité **cumplirá** en relación a la operación del programa (periodicidad de los roles de trabajo, distribución de actividades para preparar alimentos, etcétera).

Es responsabilidad del Comité del espacio alimentario vigente hacer un buen manejo, conservación e implementación del sistema de primeras entradas-primeras salidas, con la finalidad **de evitar el rezago, daño y/o insumo (s) en mal estado**; de igual manera tienen el compromiso de solicitar los requisitos para la actualización del padrón de personas beneficiarias correspondiente e informar al responsable municipal del programa los movimientos de altas y/o bajas detectados.

Mecanismo de corresponsabilidad

I. Para la dotación de insumos alimentarios fríos:

El mecanismo de corresponsabilidad por ración del desayuno escolar frío se enterará aportación, estipulado en el artículo 87 de las Reglas de Operación del programa Asistencia alimentaria GTO para el ejercicio 2021.

II. Para Desayunos escolares calientes, la dotación de insumos alimentarios para la preparación de desayunos o comidas calientes y la dotación de insumos alimentarios de Asistencia alimentaria a personas de atención prioritaria:

El Comité de Espacios Alimentarios podrá establecer un monto de mecanismo de corresponsabilidad por ración diaria de hasta máximo \$20.00 (veinte pesos 00/100 M.N.), cantidad que no será entregada al DIF Estatal ni a los DIF Municipales, sino que será utilizada por dicho Comité exclusivamente para la operatividad y gastos del Espacio Alimentario.

III. Para la dotación de insumos alimentarios de Asistencia alimentaria en los primeros mil días de vida, la entrega no se enterará aportación alguna como mecanismo de corresponsabilidad.

Queda establecido que la (el) C. _____, cuyo domicilio se ubica en _____, ha sido elegida (o) como Coordinador (a) del Comité para desempeñar con honestidad todas las actividades relativas a la operación del programa, señalándose que las decisiones que tome deberán ser consensadas por la mayoría de los padres de familia de las personas beneficiarias.

Así mismo fueron elegidas las siguientes personas para desempeñar las funciones que se describen a continuación, estando de acuerdo en que por el desempeño de estas funciones no se obtendrá remuneración económica alguna o en especie.

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social»

NOMBRE	CARGO	FUNCIONES
	COORDINADOR (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Ser el enlace con el personal del DIF Municipal. - Convocar y presidir las reuniones. - Supervisar las actividades de los miembros del comité del espacio alimentario. - Recuperar los recibos de entrega de los insumos. - Tener un inventario del mobiliario del espacio alimentario (si aplica). - Llevar el registro de altas y bajas de personas beneficiarias.
	ADMINISTRADOR (A)	<ul style="list-style-type: none"> - Recabar y administrar la aportación voluntaria o cuota de recuperación. - Realizar las compras de forma eficiente para adquirir los insumos necesarios para la operación del Programa. - Informar al comité sobre los gastos que se generen en el espacio alimentario. - Llevar el control de ingresos y egresos del espacio alimentario. - Realizar las funciones del (la) coordinador (a) en su ausencia.
	VOCAL DE SALUD Y NUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar en el momento que se sirva la comida, que las raciones sean las correctas - Verificar que el espacio donde se almacena y se consuman los alimentos sea un área higiénica.
	VOCAL DE ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Replicar y promover la aplicación de los conocimientos adquiridos en la orientación alimentaria. - Aplicar el menú cíclico de acuerdo al periodo correspondiente. - Mantener el correcto almacenamiento de los insumos.
	VOCAL DE CONTRALORÍA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar la asistencia de las personas beneficiarias día con día. - Registrar la asistencia de las personas beneficiarias. - Difundir la información suficiente, veraz y oportuna a cerca de la operación del programa. - Vigilar que el ejercicio de los recursos públicos sea transparente y con apego a la normatividad del programa. - Vigilar que el programa no se utilice con fines políticos, electorales, de lucro u otros distintos a su objeto. - Vigilar que las autoridades competentes den atención a las quejas y denuncias relacionadas con el programa.

No habiendo otro asunto que tratar se da por terminada la sesión. Siendo las _____ horas, del día _____ del año 2021 firmando al calce para constar los que en ella intervienen.

Nombre	Domicilio	Teléfono y/o correo electrónico	Firma

Firman como testigos el C. _____ Representante de la localidad y/o coordinador (a) del comité de espacio alimentario y el C. _____ Representante del Sistema Municipal DIF del municipio _____, quien tiene el cargo de _____.

TESTIGOS

REPRESENTANTE DE LA LOCALIDAD

REPRESENTANTE DEL SMDIF

Y/O COORDINADOR (A) DEL ESPACIO ALIMENTARIO

**SELLO DEL
 PLANTEL EDUCATIVO**

**SELLO
 DEL SMDIF**

"El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionen las posibles personas beneficiarias; que son recabados con la finalidad de determinar la medición de seguridad alimentaria para la gestión de algún tipo de apoyo alimentario, en materia de protección de datos personales, y que son tratados y protegidos de conformidad con los artículos 15, 32, 44, 46 y 60 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. Consulta nuestro aviso de privacidad en la página <https://dif.guanajuato.gob.mx>".

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social»