

**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 XIV. LISTA DE ENTREGA DE PAQUETES DE INSUMOS ALIMENTARIOS**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
CLAVE DE LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
TEMA DE ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

APOYO ALIMENTARIO CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE: \_\_\_\_\_

- ASISTENCIA ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA  
 ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS MIL DIAS DE VIDA

ID	CLAVE CURP (0=Solicitaria)	NOMBRE DE LA PERSONA BENEFICARIA	DOMICILIO	EDAD	ENTREGO	NOMBRE DE QUIEN RECIBE	PARENTESCO	ACUSE DE RECIBO	NO. DE DESPENSAS RECIBIDAS	RECIBIO ORIENTACION SI= / NO=X	INCIDENCIA (En caso de no entregar la despensa)	FIRMA DE TESTIGO
					COPIA CURP							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

**"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 personas beneficiarias; que son recabados con la finalidad de comprobar la entrega de los paquetes de insumos alimentarios del Programa Asistencia Alimentaria GTO, 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»

PAGINA:    DE

FECHA DE IMPRESIÓN:

MODALIDAD ASISTENCIA ALIMENTARIA A PERSONAS DE ATENCION PRIORITARIA  
MODALIDAD ASISTENCIA ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS MIL DIAS DE VIDA  
TIENE CUOTA DE \$ 15.00 POR PAQUETE DE INSUMO

NOMBRE(S) Y FIRMAS DE LAS PERSONAS RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: \_\_\_\_\_

INCIDENCIA

- A) Fallecimiento
- B) No se localizó
- C) Identificación de persona que no cuenten con un medio oficial para ello
- D) Imposibilidad de localizar el domicilio
- E) Negativa a firmar baja voluntaria
- F) Negativa a la requisición de la exención
- G) Circunstancias que hacen presumir que no cumple con los parámetros establecidos
- H) Migración
- I) No se localizó al beneficiario por segunda ocasión

# Beneficiarios	OBSERVACIONES

NOMBRE(S) Y FIRMAS DE LAS PERSONAS RESPONSABLES: \_\_\_\_\_

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: \_\_\_\_\_