



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

**CÉDULA DE SUPERVISIÓN
TRIMESTRAL**

Programa: _____ Modalidad: _____ Municipio: _____ Comunidad: _____ Escuela Primaria: _____

Jardín de Niños _____ Educación Inicial: _____ Secundaria: _____ Otra: _____ No Aplica: _____

Domicilio donde se ubica el desayunador: _____ (calle, colonia, número)

No. de beneficiarios registrados en cédula: _____ No. de beneficiarios que asisten a desayunar: _____

Trimestre: ENE-FEB-MAR ABR-MAY-JUN JUL-AGO-SEP OCT-NOV-DIC AÑO: _____

Número de Visitas a Comunidad: _____ El Servicio del Programa se brinda en: Centro Escolar: _____ Local comunitario: _____ Otro: _____ No Aplica: _____

ESTADO ACTUAL

En Operación _____ Cerrado Temporalmente _____ Baja _____ No Aplica _____

Observaciones _____

Alternativas de Solución _____

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Comité de Alimentación Escolar:

Completa: _____ Incompleta: _____ Número de Integrantes: _____ Explique _____

Alternativas de Solución: _____

Cuenta con Comité de Vigilancia Ciudadana: Sí No

LOCAL COMUNITARIO:

¿Reúne las condiciones físicas y ambientales para resguardar los insumos: Sí No No Aplica Explique _____

Alternativas de Solución _____

¿Reúne las condiciones físicas y ambientales para el consumo de los alimentos: Sí No No Aplica Explique _____

Alternativas de Solución _____

¿Los utensilios de cocina son suficientes, adecuados, lavados y desinfectados para preparación y consumo de los alimentos?: Sí No

Explique _____

Alternativas de Solución _____

EQUIPOS DE TRABAJO:

No. de equipos de trabajo que participan en la preparación de los alimentos: Número _____ No Aplica _____ Observaciones _____

No. de personas que integran cada equipo: Mujeres _____, Hombres _____, Total _____ Observaciones _____

Alternativas de Solución _____

MENÚS Y CANTIDADES DE INSUMOS

¿Son tomados en cuenta los menús ofrecidos?: Si No No Aplica Explique _____

¿La cantidad de alimentos es servida a todos los beneficiarios de igual forma?: Si No No Aplica Explique _____

¿Los alimentos son preparados higiénicamente?: Si No No Aplica Explique _____

Alternativas de Solución _____

MECANISMO DE CORRESPONSABILIDAD

¿Existe registro actualizado de ingreso y egreso del mecanismo de corresponsabilidad?: Si No No Aplica Explique _____

Alternativas de Solución _____

¿El mecanismo de corresponsabilidad se entrega oportunamente?: Si No No Aplica Explique _____

Alternativas de Solución _____

ACTIVIDADES

<p>Capacitación:</p> <p>Tema _____</p> <p>Objetivo _____</p> <p>Asistentes _____</p> <p>Asesoría: (Orientación Alimentaria)</p> <p>Tema _____</p> <p>Personas _____</p> <p>Acciones Concretas _____</p> <p>Observaciones _____</p> <p>Alternativas de Solución _____</p> <p>Coordinaciones realizadas con otros sectores:</p> <p>Institución _____</p> <p>Actividad Solicitada _____</p>	<p>Asamblea o Reunión Comunitaria:</p> <p>Tema _____</p> <p>Objetivo _____</p> <p>Asistentes _____</p> <p>Acuerdos _____</p> <p>Nombre y Cargo _____</p>
--	---

PLAN DE ACCIÓN A REALIZAR

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	FECHA	ACTIVIDAD	APOYO	RESPONSABLE	ACTIVIDADES

ELABORÓ

REVISÓ

FIRMA Y SELLO

Vo. Bo.

Responsable del Área de Alimentación
del Sistema Municipal DIF

Presidente(a), Director(a) y/o Coordinador(a)
Sistema Municipal DIF

Autoridad Local y/o Escolar

Delegación Regional