



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Programa de Atención Alimentaria en los
Primeros 1000 Días
Carta Compromiso



Fecha _____

Municipio _____ Localidad _____

Yo _____ valido con mi firma la información proporcionada en la EFIIA y el presente documento, así mismo estoy enterada (o) de mis derechos y me comprometo a cumplir con las responsabilidades que me solicita el programa y que me fueron informadas; así mismo ratifico que recibí información referente a Reglas de Operación del ejercicio 2023.

Lineamientos para Otorgar el Apoyo Alimentario:

1. Presentar en el tiempo y forma los documentos completos y vigentes requeridos para la formación de su expediente.
2. Los datos que proporcione, serán verídicos y podrán ser dados de baja aquellos beneficiarios que presenten documentos apócrifos y/o alteren o falsifiquen la información para ingresar al programa. Por lo que deberá informar al encargado del programa de cualquier cambio en su domicilio.
3. Acudir mensualmente a su plática de inducción y Orientación Alimentaria, cuando se le indique en el lugar y horario, firmando las listas de entrega, la asistencia, entre otros, (con dos faltas no justificadas se dará de baja).
4. Hacer buen uso de la despensa alimentaria (se suspenderá el apoyo en caso de comprobar que se ha hecho mal uso del alimento, vender, tirar, etc., así mismo si el beneficiario se haya registrado en dos municipios o localidades).
5. Acudir a la cita establecida por el Sistema municipal DIF para recibir su dotación.
6. Pagar el costo del mecanismo de corresponsabilidad (cuota) establecida por el Sistema Estatal DIF, a excepción de las zonas consideradas como indígenas.
7. Contar con su participación para formar parte del Comité de Contraloría Social.
8. Informar al encargado del programa cualquier cambio en relación a su domicilio y/o cambio de residencia.
9. Llevar el seguimiento y vigilancia médica que se le solicita, en caso de embarazo para lo anterior, deberá presentar el carnet expedido en el Centro de Salud, IMSS u otros de seguimiento médico, al inicio y en el momento de recibir su despensa alimentaria.
10. En caso de ser mujer en periodo de lactancia materna, deberá presentar CURP de la niña o niño.
11. Para niñas y niños de 06 a 24 meses de edad, deberán acudir 2 veces al año al lugar que se le indique para control y seguimiento de peso/ talla y diagnóstico nutricional cuando se requiera.
12. Notificar al Sistema DIF municipal en caso de no continuar con el programa, para solicitar su baja.

Nota: Las y los beneficiarios no podrán recibir apoyo de otros programas alimentarios.

**Nombre y Firma de la Beneficiaria
ó Responsable**

**Nombre y Firma del Director (a)
del SMDIF**

Sello SMDIF