



ACTA DE REGISTRO COMITÉ DE VALIDACIÓN PAAD

CLAVE DE REGISTRO	PAAD-MPIO-LOCALIDAD-APOYO
DEPENDENCIA	
FECHA DE CONSTITUCIÓN	
DOMICILIO	
NÚMERO DEL COMITÉ O REPRESENTANTE	

NOMBRE DEL PROGRAMA	
INSTANCIA NORMATIVA	
INSTANCIA EJECUTORA	
RECURSO A VIGILAR	
FECHA O PERÍODO DEL APOYO	

INTEGRANTES DEL COMITÉ

Inserte tantos cuadros como sean necesarios de acuerdo al número total de integrantes del comité

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRONICO	
ÁMBITO	

FIRMA	
-------	--

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRONICO	
ÁMBITO	
FIRMA	

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRONICO	
ÁMBITO	
FIRMA	

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRONICO	
ÁMBITO	
FIRMA	



DESCRIPCION DE LAS FUNCIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que se cobre únicamente la cuota de recuperación estipulada. 2. Verificar que los beneficiarios cumplan con los requisitos de inclusión del programa. 3. Verificar la impartición mensual de pláticas de Orientación Alimentaria 4. Coadyuvar en la promoción de la transparencia y el combate a la corrupción y la gestión pública 5. Propiciar la participación de los beneficiarios en las actividades de seguimiento, supervisión y vigilancia del programa. 6. Vigilar que el beneficiario reciba su despensa (cada mes) según reglas de operación. 7. Informar al Sistema DIF municipal y/o al Delegado cualquier anomalía en todo el proceso de entrega, recepción de despensas a beneficiarios. 8. Apoyar de ser necesario en la entrega de las despensas PAAD, con la cuota de recuperación, apoyar en convocar para las pláticas de Orientación Alimentaria. 9. Denunciar en caso necesario de alguna anomalía al tel. 01800 4663786 gratuito de la Contraloría Social del Estado y a la Dirección de Asistencia Alimentaria de DIF Jalisco al tel. 30 30 38 00 ext. 132 y 133. No. gratuito DIF Jalisco 018003000343.
COMPROMISOS	

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACIÓN

NOMBRE CARGO Y FIRMA DEL ENLACE DEL SMDIF