

Fecha _____

I. Datos Generales

Municipio _____ Región _____

Localidad _____

Domicilio _____ Tel. _____

Tiempo que lleva operando _____

Responsable del Programa _____

II. Personal

DIF Voluntariado Otro _____

Responsable del Comedor _____ Tiempo Trabajando _____

Responsable de Cocina _____ Tiempo Trabajando _____

Auxiliar de Cocina _____ Tiempo Trabajando _____

Se Capacitó A _____

III. Local

Comodato por Escrito DIF C D C Otro _____

Espacio Adecuado Insuficiente Otro _____

Dictamen de Protección Civil Sí Fecha _____ No

Recomendaciones/Observaciones _____

IV. Equipo

Completo Incompleto Faltantes _____

Modificaciones/Observaciones _____

Utensilios Completo Incompleto Faltantes _____

Mobiliario Completo Incompleto Faltantes _____

Modificaciones/Observaciones _____

Existe registro en inventario del equipo, mobiliario y utensilios del Centro de Convivencia y Alimentación Sí No

Existen Actas de Patronato en la que se autorice bajas de equipo, mobiliario y/o utensilios del Centro de Convivencia y Alimentación Sí No

V. Servicios

Adultos Mayores	Desayuno HORA		Total	Comida HORA		Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
No. Asistentes						
No. a Domicilio						

Grupos Prioritarios	Desayuno Hora		Total	Comida Hora		Total
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
No. Asistentes						
No. a Domicilio						

Total No. de Beneficiarios En Padrón SEDIF		Total No. de Beneficiarios en Padrón SMDIF	
Adultos Mayores		Adultos Mayores	
Grupos Prioritarios		Grupos Prioritarios	

VI. Organización

Núm. Voluntarios _____ Personal DIF _____ Otros _____

Entrega a Domicilio _____

Lista de Asistencia Informes Mensuales

Padrón de Beneficiarios Actualizado

Captura de Padrón Único de Beneficiarios

Expedientes Beneficiarios

Estudio Sociofamiliar _____ Acta de Nacimiento _____ CURP: _____

Identificación _____ Comprobante de Domicilio _____ Valoración Médica _____

Utilizan Manual de Menús Sí _____ No _____

¿Por qué? _____

VII. Higiene y Limpieza

Comedores Asistenciales para Adultos Mayores y Grupos Prioritarios
 (Anexo Guía de Control de Calidad)

Se Apegan al Reglamento de Sanidad _____

NOM-251-SSA1-2009.- Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios

VIII. Atención Médica

General DIF Médico Municipal SSA

Observaciones _____

Actividades Ocupacionales				Frecuencia
Manualidades	Artesanías	Huertos	Otras	
Tejido	Costura	Bordado		
Actividades Recreativas				
Activación física	Juegos de mesa (dominó, lotería, damas chinas)	Juegos al aire libre	Otras	
Actividades Artístico - Culturales				
Música	Canto	Baile	Otras	
Literatura	Declamación	Dibujo/Pintura		
Actividades Sociales				
Paseos/Convivio (festejo cumpleaños)	Participación en eventos municipales/Desfiles	Visita a enfermos	Otras	
Actividades Educativas				
Alfabetización	Pláticas de salud (envejecimiento, enfermedades, autocuidado)		Otras	

IX. Actividades Desarrolladas

X. Ingresos

Donativos			
Efectivo		En Especie	
H. Ayto.		Eventos Especiales	
Recursos Propios		DIF Jalisco	

¿Cómo es la participación de la población en la atención de los beneficiarios?

Problemática que Obstaculiza la Operación del Programa

Recursos Humanos	Recursos Financieros	Coordinación	Equipamiento
Aspectos Legales	Capacitación al Personal	Aceptación del Programa para la Comunidad	Otros



Dirección de Atención a las Personas Adultas Mayores
Departamento de Estrategias de Atención a las Personas Adultas Mayores
Supervisión, Operatividad y Buen Funcionamiento
Comedores Asistenciales para Adultos Mayores y Grupos Prioritarios



Acuerdos y Compromisos

Nombre, Firma y Cargo del Entrevistado

Nombre y Firma del Supervisor

Sello

Notas

Formato de Control de Calidad

NOM-251-SSA1-2009.- Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios

Fecha _____

Municipio _____

Domicilio _____

Nombre del Encargado del Comedor _____

1	Personal	Cocina	
		Sí	No
1.1	Uniforme completo y limpio		
1.2	Apariencia pulcra		
1.3	Uñas cortas y sin esmalte		
1.4	Porta joyas		
1.5	Se maquilla en exceso		
1.6	Porta malla o turbante		
1.7	Calzado adecuado		
Observaciones			

2	Área de Trabajo	Cocina	
		Sí	No
2.1	Área de trabajo libre de objetos innecesarios.		
2.2	Estufas sin incrustaciones.		
2.3	Refrigeradores con acomodo correcto.		
2.4	Campana o extractores limpios.		
2.5	Pisos y paredes limpios.		
2.6	Botes de basura con bolsas y tapados.		
2.7	Utensilios limpios y acomodados.		
2.8	Temperatura de refrigeración.		
Observaciones			

3	Almacén	Cocina	
		Sí	No
3.1	Hay cosas en el piso.		
3.2	Anaqueles limpios y sin óxido.		
3.3	Se utiliza el sistema PEPS.		
3.4	Latas y empaques sin abolladuras o alteraciones.		
3.5	Área limpia y libre de objetos innecesarios.		
3.6	Existe humedad o indicios de fauna nociva.		
Observaciones			
4	Manejo de Alimentos	Cocina	

		Sí	No
4.1	Utiliza utensilios correctamente.		
4.2	Sirven alimentos a temperaturas adecuados.		
4.3	Área de servicio limpia.		
4.4	Mesas y sillas de servicio limpia.		
4.5	Se evita tener contacto directo con los alimentos preparados.		
4.6	Platos y vasos limpios.		
4.7	Envasado y Transportación de alimento adecuado		
Observaciones			

5	Menú	Cocina	
		Sí	No
5.1	Tiene aceptación.		
5.2	Siguen el menú cíclico.		
5.3	Las raciones alimentarias son suficientes.		
5.4	Aproximadamente cuántas raciones sobraron/Usó de los sobrantes		

6	Características del Alimento Preparado	Bueno	Malo
6.1	Color		
6.2	Olor		
6.3	Sabor		

7. Problemas Detectados

8. Compromisos por parte del DIF Municipal

Director del Sistema DIF

Responsable de Cocina

Nombre y Firma de Quien Supervisa