|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA:** | | Por la Seguridad Alimentaria “Comedores Comunitarios”. | |
| **ENTIDAD EJECUTORA** | | Estatal: Secretaría de Desarrollo e Integración Social, SDIS. | |
| **ÁREA DE APLICACIÓN** | | Desarrollo Social. | |
| **RESPONSABLE DIRECTO** | | Director de área. | |
| **PESONAL QUE LO APLICA** | | Director, dos auxiliares de área y cocineras. | |
| **DOMICILIO** | | Escobedo No. 320, Col. Centro, Etzatlán, Jal. | |
| **Objetivo:**  Contribuir a mejorar la seguridad alimentaria en el Estado de Jalisco a través de acciones orientadas a incrementar la disponibilidad de alimentos, ampliar el acceso a los mismos y mejorar su consumo, así como propiciar y motivar la participación de la ciudadanía en el derecho al acceso de la alimentación. | | | |
| **Meta:**  Facilitar y promover el acceso a la alimentación en la población y contribuir a subsanar las deficiencias alimentarias de la población que padece hambre. | | | |
| **Modalidad:**  Única: Es especie, una ración de comida diaria de lunes a viernes. Los montos para esta modalidad de apoyo se establecerán en el convenio que para tal efecto se suscriba con los solicitantes interesados, cuyos proyectos hubieren sido presentados y aprobados en los tiempos y formas establecidos por La Secretaría. | | | |
| **Vigencia:**  Los Ayuntamientos, Organismos Públicos Descentralizados y Organizaciones de la Sociedad Civil que resulten beneficiados con El Programa, luego de haber agotado el proceso de instrumentación y hubieran sido suscritos los convenios respectivos, recibirán los apoyos en la o las fechas y bajo las condiciones que establezca el convenio que para tal efecto se suscriba. | | | |
| **Lugares de Gestión, Horario y teléfonos:**  En el área que ocupa la Dirección de Desarrollo Social y Educación  Con domicilio en Escobedo Núm. 320 a un costado, Col. Centro. Etzatlán, Jalisco  Horario de 8:00 am A 4:00 pm  Teléfonos 01386 7530026 Ext. 115. | | | |
| **Requisitos:**   * Oficio suscrito por el/la Presidente/a Municipal del Ayuntamiento interesado mediante el cual solicite ser considerado para acceder a El Programa. * Proyecto detallado con las características requeridas por La Secretaría. * Padrón de posibles beneficiarios/as. * Programa detallado de capacitación para los/las beneficiarios/as, que incluya: calendario, temas y frecuencia de las mismas. * Título que acredite la legal posesión del inmueble propuesto como sede del comedor. * Planos y fotografías del lugar propuesto como sede del comedor. * Equipo de cómputo y lector de huella, por comedor, cuyas características técnicas serán establecidas por la Secretaría, bajo criterios de austeridad y racionalidad del gasto. | | | |
| **Compromisos de calidad**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **CARACTERISTICAS** | **TIEMPO** | **COSTO DE OPERACION** | | Este Programa tiene una cobertura estatal en los 125 municipios de Jalisco conforme a la disponibilidad presupuestal del ejercicio fiscal correspondiente y opera en donde habita la población objetivo, dando prioridad, preferentemente, a la población en situación de pobreza, en carencia por acceso a la alimentación, marginación, rezago social y/o grupos indígenas del Estado. Se otorga una ración de comida al día de lunes a viernes. | La temporalidad de apoyo sea en la o las fechas y bajo las condiciones que establezca el convenio que para tal efecto se suscriba. | El trámite es gratuito para los solicitantes. El costo que representa tanto al Comedor se asumirá de manera proporcional entre el Gobierno del Estado y el Municipio. La parte que comprende al Gobierno del Estado es: $153,000.00 del Municipio consta de: $13,700.00 El periodo presupuestado abarca de enero a octubre de 2018. Con un total de inversión de $166,700.00 | | | | |
| **Mecanismos ante incumplimiento**  Será motivo de cancelación inmediata de los apoyos, cuando se presenten cualquiera de los siguientes supuestos:  1. Cuando se compruebe falsedad en la solicitud de acceso a El Programa;  2. Por incumplir con cualquiera de las obligaciones señaladas en las presentes Reglas; o  3. Por incumplir con las obligaciones desprendidas del convenio que para tal efecto se suscriba.  La Secretaría con base en cualquiera de las causales previstas en las presentes Reglas, deberá constar en un acta circunstanciada de hechos que formará parte del expediente personal de el/la beneficiario/a y deberá ser dada a conocer al Consejo Consultivo para la Supervisión de los Programas Sociales. El/la beneficiario/a que cause baja a través del procedimiento aquí descrito, quedará sin posibilidad de solicitar de nueva cuenta su acceso a El Programa. En el caso particular del tipo de apoyo de Comedores Comunitarios, La Secretaría podrá realizar visitas domiciliarias aleatorias a los/las beneficiarios/as de los comedores, para verificar sus datos y condición de vulnerabilidad socioeconómica. En caso de que La Secretaría detecte que la información proporcionada en los expedientes, por la institución beneficiada, no es veraz, La Secretaría practicará visitas en el 100% del padrón, y en caso de encontrar inconsistencias en un porcentaje del 15% o superior, la institución responsable de operar el comedor causará “baja” de El programa. En caso de que el porcentaje de inconsistencias fuera menor al 15% del total del padrón, la institución deberá reemplazar a los/las beneficiarios/as que no acreditan la totalidad de los requisitos. | | | |
| **Requisitos, tramites y formatos del programa:**  Son Directos de la Secretaria de Desarrollo e Integración Social del Estado de Jalisco. Consultar en la página web: <http://sedis.jalisco.gob.mx/content/programa-por-la-seguridad-alimentaria> | | | |
| **Padrón de Beneficiarios:**  Se anexa al documento.  **\*Nota: En el padrón se señalas las altas con color verde, las bajas en color rojo y las permanecías en color negro.** | | | |
| **Reglas de Operación:**  Son Directos de la Secretaria de Desarrollo e Integración Social del Estado de Jalisco. Consultar en la página web: <https://sedis.jalisco.gob.mx/sites/sedis.jalisco.gob.mx/files/rop-por_la_seguridad_alimentaria_2018.pdf>  Se anexa al Documento. | | | |
| **BENEFICIARIOS**  **OCTUBRE-DICIEMBRE 2018** | | | |
| **OCTUBRE** | **NOVIEMBRE** | | **DICIEMBRE** |
| 65 | 65 | | 62 |
| SIN ALTAS | **SIN ALTAS** | | CON BAJAS |