Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Programa Alimentario Primeros 1000 Días de Vida

Carta Compromiso de Mujeres Embarazadas y/o en Periodo de Lactancia

Fecha _____

Municipio_____Localidad_____

Yo _____valido con mi firma la información proporcionada en la EFIIA y el presente documento, así mismo estoy enterada 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 2022.

Lineamientos para Otorgar el Apoyo Alimentario

1. Presentar en el tiempo y forma los documentos completos 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. Llevar el seguimiento y vigilancia médica que se me solicita en caso de embarazo y/o durante el periodo de lactancia.
4. 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.
5. Presentar CURP de la niña o niño, que sustente el periodo de lactancia materna.
6. Notificar al Sistema DIF municipal en caso de no continuar con el programa, para solicitar su baja.
7. 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).
8. 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 la beneficiaria se haya registrado en dos municipios o localidades).
9. Acudir a la cita establecida por el Sistema municipal DIF para recibir su dotación.
10. Pagar el costo del mecanismo de corresponsabilidad (cuota) establecida por el Sistema Estatal DIF, a excepción de las zonas consideradas como indígenas. (Establecido por Reglas de Operación del programa).
11. Contar con su participación para formar parte del Comité de Contraloría Social.
12. Informar al encargado del programa cualquier cambio en relación a su domicilio y/o cambio de residencia.

Nota: Las beneficiarias no podrán recibir apoyo de otros programas alimentarios.

Nombre y Firma de la Beneficiaria	**Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF**

Sello SMDIF

Fecha de actualización: 06 de enero de 2022 V. 03 Código: DJ-ACA-SG-RE-153

Anexo 1.2.
Carta compromiso de Padres o tutores de beneficiarios niñas y niños De 12 a 24 meses (padrón 2).