

SERVICIOS PRESTADOS UNIDAD DE ALIMENTO SOLIDARIO

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, familiares en pobreza extrema, vulnerabilidad, exclusión y riesgo social.

SECRETARIA	DIRECCION	SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTO	REQUISITOS	FORMATOS	OBSERVACIONES
DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL	PROGRAMA DESARROLLEAMOS HONDURAS	Seguridad Alimentaria	Consiste en la entrega bimensual de una bolsa de alimentos que conforman la canasta básica familiar. Tiene una cobertura en los 298 municipios de los 18 departamentos del país, como mayor intervención en las cabeceras departamentales y centros urbanos con mayor densidad poblacional.	El beneficiario NO realizara ninguna Contribucion Economica, para que se le entregue el Alimento Solidario.	Selección a través de focalización de registro que provee el CENISS por medio de una encuesta socioeconómica (ficha RUP) entrega de Alimento Solidario de beneficiarios reflejados en encuesta socioeconómica revisión de liquidación de entrega de alimento solidario.	Personas adulto mayor a partir de 60 años, personas con discapacidad en pobreza extrema y pobreza, en atención a los grupos vulnerables.	Formato de Orden de entrega y Liquidacion.	Contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población adulto mayor viviendo en pobreza y pobreza extrema, localizado en las ciudades, barrios y colonias en vías de desarrollo, consiste en la entrega.;

Ricardo Luis...



**SERVICIOS PRESTADOS
UNIDAD DE ALIMENTO SOLIDARIO**

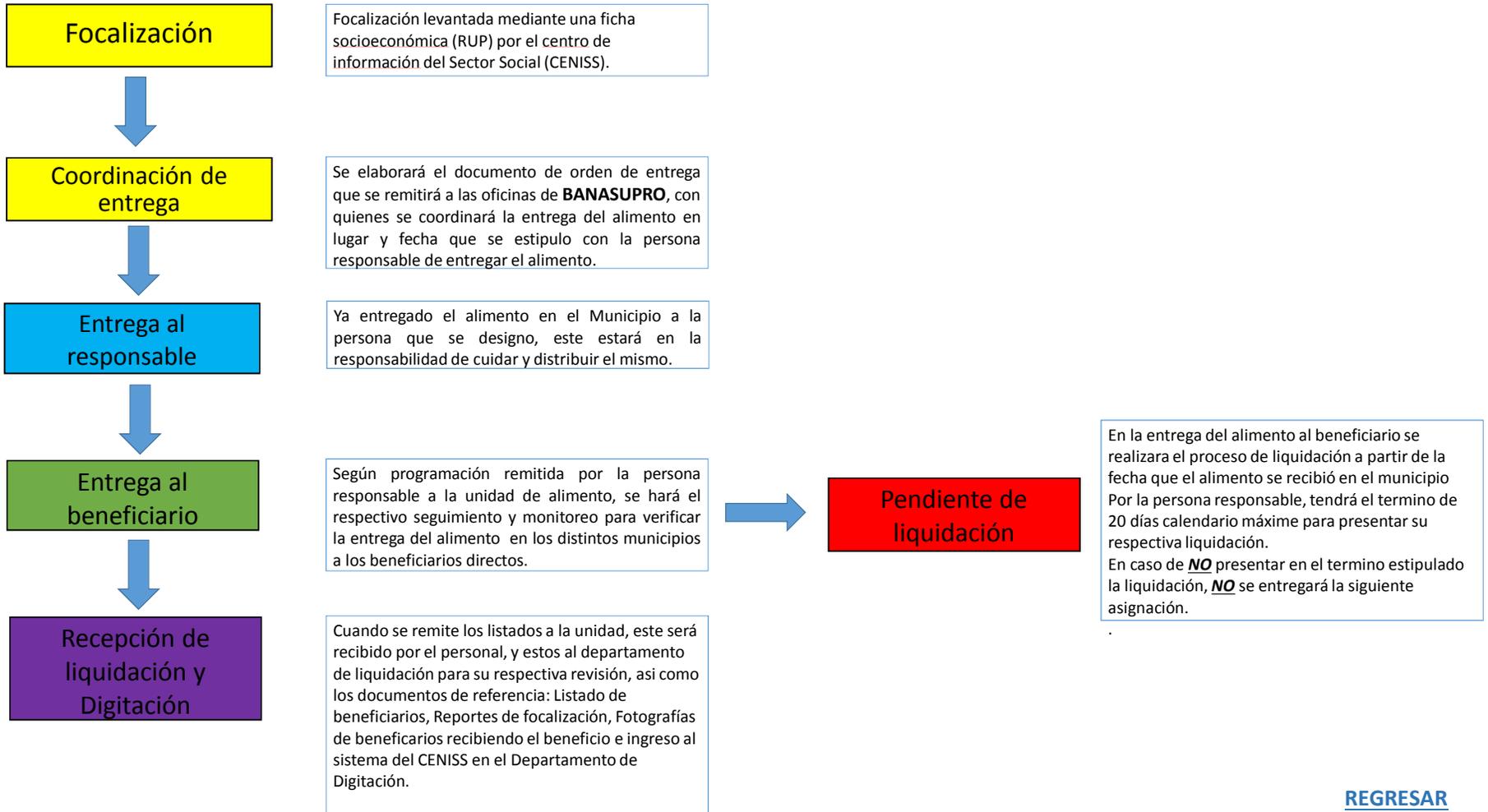
OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, familiares en pobreza extrema, vulnerabilidad, exclusión y riesgo social.



SECRETARIA	DIRECCION	SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTO	REQUISITOS	FORMATOS	OBSERVACIONES
DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL	PROGRAMA DESARROLLEMOS HONDURAS	Seguridad Alimentaria	Consiste en la entrega bimensual de una bolsa de alimentos que conforman la canasta básica familiar. Tiene una cobertura en los 298 municipios de los 18 departamentos del país, como mayor intervención en las cabeceras departamentales y centros urbanos con mayor densidad poblacional.	El beneficiario NO realizara ninguna Contribucion Economica, para que se le entregue el Alimento Solidario.	Selección a través de focalización de registro que provee el CENISS por medio de una encuesta socioeconómica (ficha RUP) entrega de Alimento Solidario de beneficiarios reflejados en encuesta socioeconómica revisión de liquidación de entrega de alimento solidario.	Personas adulto mayor a partir de 60 años, personas con discapacidad en pobreza extrema y pobreza, en atención a los grupos vulnerables.	Formato de Orden de entrega y Liquidacion.	Contribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población adulto mayor viviendo en pobreza y pobreza extrema, localizado en las ciudades, barrios y colonias en vías de desarrollo, consiste en la entrega.;

PROCEDIMIENTOS





ORDEN DE ENTREGA DE ALIMENTO VIDA MEJOR

FECHA: _____ ORDEN No: _____

POR INSTRUCCIONES DE: _____ Lic. RICARDO CARDONA _____

PERSONA/INSTITUCION AUTORIZADA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A RETIRAR ALIMENTO: _____

No. IDENTIDAD: _____

No. TELEFONO: _____

CANTIDAD DE BOLSAS A ENTREGAR (NUMERO): _____ EN LETRA: _____

INFORMACION PARA SUPERVISION:

DESTINO/DEPARTAMENTO: _____

MUNICIPIO/ALDEA: _____

Lic. WALESKA ZELAYA
COORDINADORA DEL ALIMENTO SOLIDARIO*

CONDICIONES DE ENTREGA:

1.- Por nueva disposición el pase tiene una (1) semana de vigencia, **NO** se harán reposiciones, si pierde su pase pierde sus bolsas.

2.- La persona que retire deberá estar en el momento de descargar las bolsas y contarlas.

3.- El pase es **INTRANSFERIBLE** y esta tiene que estar en el lugar de entrega **NO DEJAR A TERCEROS**

De lo contrario el próximo flete será cobrado al responsable de recibir las bolsas.

4.- Presentar original y dos copias de su Identidad



LIQUIDACION DE ALIMENTO VIDA MEJOR

DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

NOMBRE DE RESPONSABLE DE ENTREGA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

No.	NOMBRE DE BENEFICIARIO	No. IDENTIDAD	TIPO DE BENEFICIARIO	CELULAR	BARRIO/COLONIA/ALDEA	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						