GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO E
INCLUSIÓN SOCIAL

MEMORANDUM

SEDIS-UAS-054-2019

PARA: **YONI ARIAS**
UNIDAD TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

DE: **LIC. LIZZETE HERNÁNDEZ**
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE ALIMENTO SOLIDARIO

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
COORDINADOR
PROGRAMA ASAM
Honduras, C.A.

ASUNTO: **VER TEXTO**

FECHA: **01 DE JULIO DE 2019**

Por medio de la presente muy respetuosamente le estoy remitiendo la información solicidada en su Memorando No.118-2019-UTI

Agradezco de antemano su atención al presente.

Atentamente,

CC : Archivo

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

SERVICIOS PRESTADOS
UNIDAD ALIMENTO SOLIDARIO

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a fortalecer las capacidades de las personas que viven en situación de pobreza extrema con alto riesgo social y vulnerabilidad, debidamente focalizadas que afecten su acceso a alimentos a través de la cual se pretende apoyar la seguridad alimentaria nutricional.

Periodo de Vigencia: **JULIO A DICIEMBRE DE 2019**

SECRETARÍA	SUB SECRETARIA	SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTO	REQUISITOS	FORMATOS	OBSERVACIONES
Desarrollo e Inclusión Social	**Asuntos Administrativos**	**Alimento Solidario**	Consiste en la entrega de una bolsa de alimentos que conforman la canasta básica familiar, la cual es distribuida a nivel nacional de manera periódica a las familias; tiene como objetivo promover la seguridad alimentaria de las personas que viven en situación de pobreza extrema y situación de vulnerabilidad (niños, adolescentes, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, madres solteras, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y personas con discapacidad), que por situaciones particulares como ser la migración, sequías, inundaciones, prohibiciones o vedas, entre otras, se ven afectados en su acceso a los alimento	El beneficiario no realizará ninguna contribución económica, para la entrega del alimento.	**a.** Solicitud de Alimento Solidario presentada ante la Autoridad Superior y debidamente aprobada por ésta **b.** Entrega a los Gestores de Alimento Solidario de la cantidad de raciones aprobadas; para su posterior distribución a los beneficiarios finales **c.** Liquidación fisica y digital de la cantidad aprobada en cada solicitud	Condición socio económica en situación de pobreza, extrema pobreza y vulnerabilidad con alto riesgo social.	**a.** Orden de entrega alimento **b.** Acta de compromiso de liquidacion de alimento **c.** Formato de Liquidacion Fisica de alimento **d**. Formato de Liquidacion Digital	

LIZZETE HERNANDEZ
COORDINADORA UNIDAD
ALIMENTO SOLIDARIO
Teléfono 9453-9876
lizzetehernandez09@gmail.com

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Orden No. 4088

Fecha de Emision: 1-1-1	Fecha Vencimiento: 1-1-1
Por Instrucciones De:	
Entidad Autorizada:	
Persona Designada a retirar el alimento:	
No. Identidad:	
No.Telefono:	
Cantidad bolsas a entregar:	0
Cantidad en Letras:	
Cantidad en Lempiras:	
Destino/Departamento:	
Municipio/Aldea:	
Modo de Entrega:	
Tipo de Bolsa:	

Lic. Lizzete Hernández
COORDINADORA DE 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 TECEROS** de lo contrario el próximo flete será cobrado al responsable de recibir las bolsas.

4. Presentar original y dos copias de su identidad

ACTA DE COMPROMISO ENTREGA DE LIQUIDACIÓN No.

Yo con numero de identidad actuando con autorización , recibo la cantidad de bolsas de Alimento Solidario, según Orden de Entrega No. en el municipio del Departamento en fecha

Me comprometo a:

1. Realizar la entrega según PERFIL DEL BENEFICIARIO: Personas en situación de pobreza y extrema pobreza, adulto mayor, personas con discapacidad, personas en situacion de vulnerabilidad y/o exclusión, la cual será entregada sin fines de lucro, ni otros ajenos al objeto de este beneficio social.

2. Presentar la liquidación completa, en el termino de 20 días calendario contando a partir de esta fecha, ante la UNIDAD DE ALIMENTO SOLIDARIO en leitz, las cuales deben venir ordenados por barrios, aldeas y caseríos y según matriz previamente proporcionada, ademas anexar la constancia de entrega de BANASUPRO a la liquidación.

3. Entregar la ración comleta de alimento solidario con los productos y cantidades indicadas asi como señalar que la entrega se hace en nombre del Gobierno de la República de Honduras.

4. Someterse al proceso de monitoreo, verificación y supervisión y demás Controles que por fines de Calidad del proceso sean necesarios.

5. Garantizar las condiciones de transporte, manejo, almacenamiento, y entrega, para preservar la calidad, cantidad, y el aprovechamiento de estos, hasta el momento de entrega al beneficiario final.

Por lo que hago constar que el Alimento Solidario lo recibio completo, en óptima calidad, y vigente para su consumo, según he verificado.

ITEM	PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD

Estos productos están empacados en una bolsa de plástico transparente la cual tiene adherido una etiqueta, con la leyenda Gobierno de la República de Honduras.
Cualquier observación al proceso de entrega de este beneficio deberá notificarse de inmediato a la Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) Tel: (504) 22394182. Horario de Atención : 8:00 am - 4:00 p.m o al correo electronico: denuncias@sedis.gob.hn

En caso de incuplimiento de la presente acta, entiendo que incurriré en las reponsabilidades legales que esta acarree, por lo que excluyo de responsabilidad a la Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) a partir de la entrega

_____

DEPARTAMENTO:_____ MUNICIPIO: _____ COLONIA / ALDEA_____

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA:_____ FECHA_____ IDENTIDAD: _____ TELEFONO:_____

No.	NOMBRE COMPLETO	EDAD	GENERO		IDENTIDAD	TIPO DE BENEFICIARIO	TELEFONO	COLONIA	FIRMA / HUELLA
			MASCULINO	FEMENINO					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

TOTAL PERSONAS DEL GENERO MASCULINO	
TOTAL PERSONAS DEL GENERO FEMENIMO	

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

http://181.210.29.19:88/Liquidaciones/ValidarPase.aspx

USUARIO

CONTRASEÑA