



CÉDULA DE VIGILANCIA

PROGRAMA	
MUNICIPIO	
LOCALIDAD	
FECHA DE LLENADO	
PÉRIODO DE REVISIÓN	
NÚMERO DE REGISTRO DEL COMITÉ	

INTEGRANTES DEL COMITÉ

Inserte tantos cuadros como sean necesarios de acuerdo al número total de integrantes del comité

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRONICO	
CARGO	
FIRMA	

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	

TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRÓNICO	
CARGO	
FIRMA	

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRÓNICO	
CARGO	
FIRMA	

NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
EDAD	
SEXO	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
CORREO ELÉCTRÓNICO	
CARGO	
FIRMA	

	¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS ES BUENA?	SI	NO
	¿SE HA CUMPLIDO CON LA CUOTA DE RECUPERACIÓN?	SI	NO
	¿LOS ALIMENTOS SE HAN ENTREGADO EN TIEMPO?	SI	NO

SUSCRIBIÓ	¿EL CONTENIDO DE LAS DESPENSAS ES SATISFACTORIO?	SI	NO
	¿SE HAN OTORGADO LAS PLATICAS DE ORIENTACIÓN ALIMENTARIA?	SI	NO
	¿HAN EXISTIDO ALGUNA INCONFORMIDAD?	SI	NO
OBSERVACIONES			

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE VALIDACIÓN

NOMBRE CARGO Y FIRMA ENLACE DEL SMDIF