



**CÉDULA DE VIGILANCIA DE NUTRICION EXTRAESCOLAR**

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 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	

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

SGUIMINETO	¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS ES BUENA?	SI	NO
	¿SE HA CUMPLIDO LA CUOTO DE RECUPERACIÒN?	SI	NO
	¿LOS ALIMENTOS SE HAN ENTREGADO EN TIEMPO?	SI	NO
	¿EL CONTENIDO DE LAS DESPENSAS ES SATISFACTORIO?	SI	NO
	¿SE HAN OTORGADO LAS PLATICAS DE ORIENTACIÒN 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