**ANEXO 5A**

**Programa Salud y Bienestar Comunitario**

**Reporte de evidencia fotográfica de la Aplicación del Recurso de Ramo 12 para Capacitaciones**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO:** |  |  | **ID DE GRUPO DE DESARROLLO:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MUNICIPIO:** |  |  | **LOCALIDAD:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LAS CAPACITACIONES OTORGADAS AL GD** | **N0. DE PERSONAS CAPACITADAS** | **FECHAS DE LA CAPACITACIÓN Y BREVE DESCRIPCIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Evidencia fotográfica de las capacitaciones (antes, durante y después)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No. progresivo de la fotografía** | **Nombre de la capacitación** | **Fecha y lugar** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTEGRANTES DEL GRUPO DE DESARROLLO** | | |
|  |  |  |
| **Nombre y Firma del  Representante del Grupo de Desarrollo** |  | **Nombre y Firma del Representante del  Comité Comunitario de Contraloría Social** |

**ACOMPAÑAMIENTO** **POR EL DIF ESTATAL / DIF MUNICIPAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre, Cargo y Firma**  **DIF Estatal** |  | **Nombre, Cargo y Firma**  **DIF Municipal (incluir sello)** |