**ANEXO 5B**

**Programa Salud y Bienestar Comunitario**

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL/LOS PROYECTOS OTORGADOS AL GD** | **N0. DE PERSONAS BENEFICIADAS**  | **FECHAS DE INICIO DEL PROYECTO Y BREVE DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL/LOS PROYECTOS (EN QUÉ ETAPA SE ENCUENTRAN)**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Evidencia fotográfica de la implementación de los proyectos (antes, durante y después, según sea el caso)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No. progresivo de la fotografía** | **Nombre del Proyecto** | **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** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

  |  |  |