**ANEXO 6**

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario**

**REPORTE DE VISITA DEL PROMOTOR O PROMOTORA A LA COMUNIDAD PARA IMPULSAR EL PSBC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE LA VISITA:** |  |  | **NÚMERO DE VISITA:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO:** |  |  | **MUNICIPIO:** |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID DE GRUPO DE DESARROLLO:** |  |  | **NO. DE INTEGRANTES DEL GD:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL O LA PROMOTORA:** |  |

Señalar las principales actividades llevadas a cabo este día con el GD en el contexto del Programa de Salud y Bienestar Comunitario (PSBC), mencionar quienes participaron en esas actividades y cuáles fueron los resultados y acuerdos alcanzados.

**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL DÍA CON EL GD DENTRO DEL PSBC**

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES** |
| Emiliano Zapata No. 340, Col. Santa Cruz Atoyac, CP. 03310, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México,  Tel: 30032200 www.gob.mx/difnacional |
| **RESULTADOS/ACUERDOS/FECHAS COMPROMISO** |
|  |
| **PARTICIPANTES**  **(Nombre y firma)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE LA PRÓXIMA VISITA:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y Firma del  Representante del Grupo de Desarrollo** |  | **Nombre y Firma del Representante del CCCS** |
|  |  |  |
| **Nombre, Firma del Promotor DIF** |  | **Nombre, Cargo y Firma**  **DIF Municipal (incluir sello)** |