Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

|  |
| --- |
|  |

**Comprobante de capacitación otorgada al Sistema Municipal DIF (SMDIF)**

**del Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEDIF:** |  |  | **Fecha:** |  |

|  |
| --- |
| **Sistema Municipal DIF que recibe la capacitación:**  |

|  |
| --- |
| **Lugar sede donde se desarrolló la capacitación:**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Se entregaron las Reglas de Operación Estatales del Programa de Salud y Bienestar Comunitario?** | **SI** | **NO** |

***Temas desarrollados durante la capacitación (en relación al PASBC)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tema** | **Fecha** | **Tiempo de duración (Horas)** | **Número de asistentes** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ***Asistentes a las capacitaciones***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo**  | **Funciones** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 ***¿Quién proporciono la capacitación?***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo**  | **Funciones** | **Firma** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*En caso de realizar la capacitación por alguna plataforma virtual, notificarlo y enviar evidencia fotográfica.***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo. Bo.****Autoridad correspondiente del SMDIF****(Nombre, firma, cargo)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Vo. Bo.****Autoridad correspondiente del SEDIF****(Nombre, firma y cargo)****SELLO del Sistema Municipal DIF** |