**ANEXO 7**

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2020**

# Comprobante de capacitación otorgada a los Sistemas Municipales DIF (SMDIF)

**para operar el Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEDIF:** |  |  | **FECHA:** |  |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Se entregó Reglas de Operación del Programa de Salud y Bienestar Comunitario** | **SI** | **NO** |

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

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

***Asistentes a las capacitaciones (Anotar los datos de las personas que fueron capacitados para el PSBC del SMDIF)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo o funciones** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**SELLO MUNICIPAL**

*Nota: Este formato será llenado por cada Municipio capacitado.*