Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

**ANEXO 14**

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario**

**AVANCE DE CAPACITACIONES CON EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 2021**

Nombre de Calle No. 000, Col. Colonia, CP. 00000, Municipio o Alcaldía, Estado.

Tel: (00) 0000 0000 www.gob.mx/difnacional

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LAS CAPACITACIONES** | **No. DE PERSONAS CAPACITADAS** | **FECHA DE LA CAPACITACIÓN** | **BREVE DESCRIPCIÓN** | **PORCENTAJE DE AVANCE DE LAS CAPACITACIONES** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Agregue cuantas filas considere necesarias)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACOMPAÑAMIENTO POR EL DIF ESTATAL Y DIF MUNICIPAL** | | |
|  |  |  |
| **Nombre, Firma y Cargo**  **DIF Estatal** |  | **Nombre, Firma y Cargo**  **DIF Municipal (incluir sello)** |

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA DE LAS CAPACITACIONES (antes, durante y después)**

|  |
| --- |
| **Colocar evidencia fotográfica (insertar una fotografía en cada celda)** |
| **Foto 1** |
| **Foto 2** |
| **Foto 3** |
| **Foto…** |

No más de 5 fotos por localidad considere un tamaño aproximado de 1080 pixeles de ancho x su proporción y una resolución de 150 dpi como mínimo.