Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

|  |
| --- |
|  |

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2021**

**Reporte de visita de la promotora o promotor 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 de la promotora (or):** |  |

Señalar las principales actividades realizadas durante la visita al GD para el fortalecimiento del Programa de Salud y Bienestar Comunitario (PSBC), mencionar quienes participaron en esas actividades y cuáles fueron los acuerdos y resultados obtenidos.

**Actividades realizadas en el día con el GD dentro del PSBC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | | |
|  | | |
| **Resultados/Acuerdos/Fechas Compromiso** | | |
|  | | |
| **Participantes**  **(Nombre y firma o huella)** | | |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha acordada de la siguiente visita:** |  |

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