Unidad de Atención a Población Vulnerable

Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

**Programa de Salud y Bienestar Comunitario 2022**

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

***Este formato deberá ser llenado por el SMDIF capacitado, en caso de que la capacitación haya sido virtual, el SMDIF lo llenará y enviará en PDF al SEDIF.***

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

|  |
| --- |
| **Sistema Municipal DIF:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lugar sede donde se desarrolló la capacitación:** | **Modalidad:** virtual o presencial |

|  |  |
| --- | --- |
| **Núm. de asistentes a 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 con el PASBIC)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Tema** | **Tiempo de duración (horas)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Asistentes a las capacitaciones***

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

***Capacitador o capacitadores***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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