

Fecha: (dd/mm/aa) _____ / _____ / _____ Región: _____ Analista: _____

Nombre del Programa: _____

Municipio: _____ Dependencia: _____ Tipo de capacitación: Presencial En línea

Recurso del programa: Federal Estatal Municipal Otro

Se capacitó a: Comités Ciudadanos en general Beneficiarios Servidores Públicos

No	Nombre completo	Sexo H/M	Edad	Pertenece a población indígena	Cargo	Teléfono y/o correo electrónico	Firma (en caso de capacitación presencial)