FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FECHA: | | LUGAR |
| NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN: | | |
| PROFESIONAL RESPONSABLE: | | |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS CON LA ASOCIACIÓN**  (Capacitaciones, Demostración del Método, Implementación, Seguimiento, Registro Fotográfico, etc) | | |
|  | | |
| Conclusiones: | Recomendaciones: | |