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: |