



Dirección de Ayuda Humanitaria
 Departamento de Atención a Población en
 Condiciones de Emergencia
Supervisión Visita a Municipios



Lugar _____

Fecha Salida ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Fecha Regreso ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

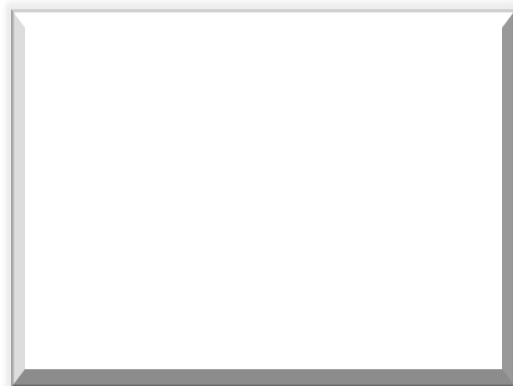
Objetivo de la Comisión _____

Nombre y Cargo de la Persona con la que se Acuerdan las Acciones

Resultados de _____

Nombre y Firma del Responsable
Sistema de Protección Civil

Nombre y Firma del Responsable
Municipio



Firma y Sello de la Institución