

MUNICIPIO: ATOLINGA, ZAC.	LOCALIDAD: EL LAUREL
FECHA:	MES DE ENTREGA:

No.	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CUOTA DE RECUP.	GRUPO VULNERABLE AL QUE PERTENECE	TIPO DE APOYO	CANTIDAD	FIRMA O HUELLA DEL BENEFICIARIO
1	ERNESTNA SALINAS SALINAS	\$8.00	PASAF () PASASV ()	DESPENSA	1	
2		\$8.00	PASAF () PASASV ()	DESPENSA	1	
3		\$8.00	PASAF () PASASV ()	DESPENSA	1	
4		\$8.00	PASAF () PASASV ()	DESPENSA	1	
5		\$8.00	PASAF () PASASV ()	DESPENSA	1	

C. GLORIA MARILÚ COVARRUBIAS F.
DIRECTORA DEL SMDIF ATOLINGA ZAC.