

<b>MUNICIPIO: ATOLINGA, ZAC.</b>	<b>LOCALIDAD: TAPIAS</b>
<b>FECHA:</b>	<b>MES DE ENTREGA:</b>

No.	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CUOTA DE RECUP.	GRUPO VULNERABLE AL QUE PERTENECE	TIPO DE APOYO	CANTIDAD	FIRMA O HUELLA DEL BENEFICIARIO
1	ROGELIA ROSALES VALDEZ	\$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.**