

NOMBRE DE LA ENTIDAD, DEPENDENCIA O DELEGACIÓN

ÁREA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

NOMBRE DEL PROGRAMA

TIPO DE APOYO:

MONETARIO

MONTO DEL APOYO:

\$

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA:

MENSUAL

DELEGACIÓN:

VENUSTIANO CARRANZA

UNIDAD TERRITORIAL

NOMBRE

AMPLIACION PETROLERA

CLAVE:

02-005-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

