

	CONFIRMACIÓN DE COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS Y PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS
---	---

DELEGACIÓN: XIV SEDE TAMUÍN
PROGRAMA: ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

No. DE MEMORANDUM/OFICIO: _____

LOCALIDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL DE BENEFICIARIOS
SANTA ELENA	5	5	10
EL FORTIN MAY	0	9	9
EL PANDO	6	5	11
TANLAJAS	9	6	15
TRES CRUCES	5	5	10
NUEVO CUEYTZEN	1	3	4
SAN BENITO	3	3	6
SAN JOSE DEL TINTO	2	2	4
EL JOMTE	9	4	13
EJIDO SAN JOSE XILATZEN	11	8	19
TANCOLOL	3	6	9
TOTALES =	54	56	110

MOTIVO DEL CAMBIO: _____