

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **AGRICOLA METROPOLITANA** CLAVE: **11-001-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	VALENCIA	CAMPOS	ANGELINA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-30,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **AGRICOLA METROPOLITANA** CLAVE: **11-001-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ACEVEDO	PEREZ	GLORIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GANARAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGA SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-20,000.00**
(DIEZ MIL PESOS 00/100 M. N.)
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **DEL MAR** CLAVE: **11-004-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SANCHEZ	OLVERA	JESUS SALVADOR	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-35,000.00**

(DIEZ MIL PESOS 00/100 M. N.)

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **DEL MAR** CLAVE: **11-004-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	PALMA	LEON	MIRNA	M	N/A

DELGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LA ESTACION** CLAVE: **11-014-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SALAZAR	ASPIAC	HUGO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LOS OLIVOS** CLAVE: **11-022-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	LEON	MONTES DE OCA	PERLA IVONNE	M	N/A
2	GUITRON	Y PORTOS	REY JULIAN	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LOS OLIVOS CLAVE: 11-022-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GARCOA	CRUZ	OLGA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-20,000.00

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LOS OLIVOS CLAVE: 11-022-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ZAMBRANO	PROA	IVANA BERTHA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-30,000.00

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LOS OLIVOS CLAVE: 11-022-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CASTILLO	TLACOMULCO	TERESA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-5,000.00

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE MIGUEL HIDALGO CLAVE: 11-023-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SANDOVAL	MUÑIZ	ESPERANZA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIGUEL HIDALGO** CLAVE: **11-023-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SANCHEZ	MIRANDA	GUADALUPE	M	N/A
2	MIRANDA	BAUTISTA	YOLANDA MAURA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$13,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIGUEL HIDALGO** CLAVE: **11-023-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GALINDO	VAZQUEZ	MARIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIGUEL HIDALGO** CLAVE: **11-023-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	PERALTA	MADRID	CARMEN	M	N/A
2	AGUILAR	VALDEZ	ESPERANZA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: \$-25,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE MIGUEL HIDALGO CLAVE: 11-023-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	POZOS	JUAREZ	VIVIANA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-30,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE MIGUEL HIDALGO CLAVE: 11-023-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ACEVEDO	PEREZ	GLORIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-35,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE MIGUEL HIDALGO CLAVE: 11-023-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	PALMA	OLIVA	MIRNA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-30,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE MIXQUIC CLAVE: 11-022-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
-------------------------	--	--	--	------	------

No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ROSAS	ARCOS	GILBERTO ALEJANDRO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIXQUIC** CLAVE: **11-022-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	TENORIO	HERNANDEZ	GRECIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-5,400.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIXQUIC** CLAVE: **11-022-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SALAZAR	PEREZ	MA DE LUZ	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-510,500.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **MIXQUIC** CLAVE: **11-022-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CASTILLO	QUINTERO	OFELIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$13,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **NOPALERA** CLAVE: **11-017-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ORTIZ	JORDAN	RAFAEL NARCISO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **NOPALERA** CLAVE: **11-017-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	VALDEZ	JUNCAL	MELCHORA HERMINIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO** CLAVE: **11-018-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	OSORIO	FLORES	MODESTA	M	N/A
2	ALMONTE	AYALA	LAURENTINO	H	N/A
3	CRUZ	DE LA CRUZ	ARACELI	M	N/A
4	DIAZ	HERNANDEZ	NOEMI	M	N/A
5	ESTRADA	MOYSEN	LETICIA ROSALIA	M	N/A
6	GARCIA	CASOLIS	JUAN JOSE	H	N/A
7	GONZALEZ	BARRERA	MA. TERESA	M	N/A
8	GARCIA	GARCIA	ALBINA ENCARNACION	M	N/A
9	HERNANDEZ	LOPEZ	GUILLERMINA	M	N/A
10	JIMENEZ	GARCES	RICARDO	H	N/A
11	JIMENEZ	MARTINEZ	ANGELICA GABINA	M	N/A
12	JIMENEZ	SAN MIGUEL	GREGORIO	H	N/A
13	JUAREZ	GALBAZAR	CARLOS	H	N/A
14	MUÑIZ	MARTINEZ	VIRGINIA	M	N/A
15	SOTO	HERNANDEZ	FIDENCIO	H	N/A

16	VAZQUEZ	VERA	YOLANDA	M	N/A
----	---------	------	---------	---	-----

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-6,900.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO** CLAVE: **11-018-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ALVARADO		NABOR	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO** CLAVE: **11-018-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GARCES	GARCES	LEONOR	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-12,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO** CLAVE: **11-018-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	BERMEJO	GARCIA	GUILLERMINA NATIVIDAD	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: \$-13,500.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	USCANGA	ALVAREZ	MIGUEL ANGEL	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-15,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GONZALEZ	CASTRO	GABRIELA	M	N/A
2	MUÑIZ	MONTERO	ARIADNA	M	N/A
3	RUIZ	CRUZ	MARICELA	M	N/A
4	MONTERO	RUIZ	ROSA YADIRA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-20,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GARCIA	REYES	OLIVIA	M	N/A
2	SANTA	MONTIEL	DANIELA	M	N/A
3	SORIA	ESTRELLA	ANDREA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-25,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	FUENTES	HERNANDEZ	ANDRES	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-30,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CASTRO	MONTERO	MARGARITA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-40,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE LA SOLEDAD POTRERO DEL LLANO CLAVE: 11-018-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	MATEOS	ESCALANTE	NANCY	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-5,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: MENSUAL

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE SANTA CATARINA CLAVE: 11-033-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	RUBIO	VELASCO	PAULA	M	N/A
2	VELASCO	LOPEZ	ALEJANDRA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SANTA CATARINA** CLAVE: **11-033-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ARANZA	BARRON	JOSE LUIS	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SELENE** CLAVE: **11-034-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	BARRANCO	PEREZ	LETICIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-12,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
 FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SELENE** CLAVE: **11-034-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	LAMAS	ANTONIO	HORALIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-25,000.00**

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SELENE** CLAVE: **11-034-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	DOMINGUEZ	LOAIZA	EDGAR MARTIN	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN NICOLAS TETELCO** CLAVE: **11-029-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ALDERETE	LOPEZ	ELIZABETH	M	N/A
2	ELIZALDE	PEÑA	IVONNE	M	N/A
3	MARTINEZ	ALVA	ELIZABETH	M	N/A
4	TORRES	SOLIS	MELCHOR HUMBERTO	H	N/A
5	ZAMUDIO	GARCIA	OFELIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-20,000.00**

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN NICOLAS TETELCO** CLAVE: **11-029-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GARCÉS	JIMENEZ	PETRA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-25,000.00**

ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN NICOLAS TETELCO** CLAVE: **11-029-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	REAL	ALVAREZ	ALBERTO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-40,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN NICOLAS TETLCO** CLAVE: **11-029-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	MARTINEZ	ESTRADA	VERONICA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CALZADA	ESPINOZA	ANGELA WENDY	M	N/A
2	MORALES	MORALES	ROBERTO	H	N/A
3	HERNANDEZ	CASTAÑEDA	MA. DEL CARMEN	M	N/A
4	LOPEZ	FLORES	GABRIEL	H	N/A
5	PALMA	CHAVARRIA	ELIA	M	N/A
6	RAMOS	MARTINEZ	ADA SARAY	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-8,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS

1	ROMERO	BERMEJO	SABINA	M	N/A
---	--------	---------	--------	---	-----

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CALZADA	ESPINOZA	ANGELA WENDY	M	N/A
2	MORALES	MORALES	ROBERTO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CALZADA	ESPINOZA	ANGELA WENDY	M	N/A
2	MORALES	MORALES	ROBERTO	H	N/A
3	MOLINA	MARTINEZ	IRMA	M	N/A
4	ROMERO	PEREZ	MIRIAM	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CALZADA	ESPINOZA	ANGELA WENDY	M	N/A
2	MORALES	MORALES	ROBERTO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$-12,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CEDILLO	RODRIGUEZ	JOSEFINA	M	N/A
2	CADENA	GAMERO	MARIA LUISA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SANCHEZ	NAVA	DOLORES	M	N/A
2	GUERRERO	MARTINEZ	MARINA	M	N/A
3	MARTINEZ	CRUZ	ESTHER	M	N/A
4	HERNANDEZ	SAAVEDRA	ANGELICA MARIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
MONTO DEL APOYO: **\$-20,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA
FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ALVAREZ	GONZALEZ	MARIBEL	M	N/A
2	CHAVARRIA	MARTINEZ	EULALIA	M	N/A
3	GARCIA	ZAMUDIO	ADOLFO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-25,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	MUÑIZ		MA. DE LOS ANGELES	M	N/A
2	PEREZ	HILARIO	EPAFANIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-30,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	XOCHUIQUIQUISQUE		ALEJANDRO	H	N/A
2	HERNANDEZ	GUZMAN	JUANA	M	N/A
3	CARDENAS	RAMIREZ	CLAUDIO	H	N/A
4	CADENA	NAVARRETE	ELSA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-35,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	LOPEZ	JIMENEZ	ERNESTO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-40,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **SAN PEDRO TLAHUAC** CLAVE: **11-030-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	DE LA ROSA	PIÑA	JULIANA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO** CLAVE: **11-026-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	VELASCO	LOPEZ	ESMERALDA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO** CLAVE: **11-026-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	REYES	PEREZ	RICARDO	H	N/A
2	IBARRA	GARCIA	JUSTINA	M	N/A
3	LEON	MORALES	MATILDE	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**
 MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**
 DELEGACIÓN: **TLAHUAC**
 UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO** CLAVE: **11-026-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS

1	RIOJA	NOGUERON	JULIANA	M	N/A
2	ROSALES	MORENO	MA. GUADALUPE	M	N/A
3	ARENAS	ACOSTA	MA. REBECA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-20,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO **CLAVE:** 11-026-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CHAVEZ	JIMENEZ	GREGORIO	M	N/A
2	GUZMAN	FLORES	JOSE OSWALDO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-25,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO **CLAVE:** 11-026-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	REYES	COLIN	GUADALUPE	M	N/A
2	DIAZ	CERVANTES	VERONICA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: MONETARIO

MONTO DEL APOYO: \$-48,000.00
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: NO ESPECIFICADO

DELEGACIÓN: TLAHUAC

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: PUEBLO DE SAN FRANCISCO TLALTENCO **CLAVE:** 11-026-1

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	BAEZ	NOGUERON	FRANCISCO	H	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **VILLA CENTROAMERICANA** CLAVE: **11-035-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	MACIAS	VALADEZ	MELCHORA HERMINIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-20,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **VILLA CENTROAMERICANA** CLAVE: **11-035-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	URRACA	SANCHEZ	REBECA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-35,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE: **VILLA CENTROAMERICANA** CLAVE: **11-035-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	PALMA	LEON	MIRNA OLIVA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-5,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLA** CLAVE: **11-036-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	AVENDAÑO	RIVAS	ELIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac
 DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
 OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLA** CLAVE: **11-036-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	SANCHEZ	GARCIA	KARLA	M	N/A
2	PAREDES	MARTINEZ	MARIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac
 DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
 OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLA** CLAVE: **11-036-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	ORTIZ	LOPEZ	ALEJANDRA	M	N/A
2	SALAZAR	ASPIAC	HUGO	H	N/A
3	CRUZ	GARCIA	SERGIO	H	N/A
4	MONRROY	FERNANDEZ	BLANCA MARGARITA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac
 DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
 OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-30,000.00**
 ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **NO ESPECIFICADO**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLA** CLAVE: **11-036-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
-------------------------	--	--	--	------	------

No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	QUINTERO	CRUZ	JUANA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-8,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	MACIEL	MOSQUEDA	ANTONIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-10,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	LOPEZ	CORTEZ	PEDRO	H	N/A
2	MENDOZA	MARGARITA	RAQUEL	M	N/A
3	SANCHEZ	GARCIA	KARLA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-15,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	GALINDO	MORALES	SALATIEL GIOVANNI	H	N/A
2	ORTIZ	LOPEZ	ALEJANDRA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-20,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	VERA		JAIME	H	N/A
2	LOPEZ	BALLESTEROS	MIGUEL ANGEL	H	N/A
3	CASTAÑON	CHANES	LUISA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-25,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	LUCERO	PONCE	ROSA PATRICIA	M	N/A

DELEGACION Tláhuac

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL

OTORGAR SERVICIOS DE SALUD Y DE BIENESTAR SOCIAL

TIPO DE APOYO: **MONETARIO**

MONTO DEL APOYO: **\$-30,000.00**
ANOTAR IMPORTE EN CANTIDAD Y LETRA

FRECUENCIA DE LA ENTREGA: **MENSUAL**

DELEGACIÓN: **TLAHUAC**

UNIDAD TERRITORIAL NOMBRE **ZAPOTITLAN** CLAVE: **11-037-1**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO				SEXO	EDAD
No.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	H/M	EN AÑOS
1	CERVANTES	BARCENAS	FERNANDO	H	N/A
2	PEREZ	SANCHEZ	MARIA GUADALUPE	M	N/A
3	QUINTERO	CRUZ	JUANA	M	N/A
4	SALINAS	CHAVEZ	ARACELI	M	N/A