



**Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria**  
Departamento de Estrategias Alimentarias  
**Programación de Entrega Mensual de la Dotación**  
Programa de Atención Alimentaria a Grupos Prioritarios



Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_

No.	Localidad	Fecha	Hora

**Elaboró**

**Vo. Bo.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Firma y Cargo**

\_\_\_\_\_  
**Director (a) del SMDIF Nombre y Firma)**

**Sello SMDIF**