CONSEJO NACIONAL DE FOMENTO EDUCATIVO
DELEGACION MICHOACÁN

RELACIÓN PARA LA ENTREGA DE APOYOS ECONÓMICOS DE _____

CORRESPONDIENTE AL MES DE : _____

REGIÓN: _____ PROGRAMA: _____

CONTROL	NOMBRE	FIG	PROG	MOD	A SER	GEN	COMUNIDAD/PLANTEL	CONTRARECIBO	FOLIO	PRESTACIÓN	TRANSP	TOTAL	CUENTA	FIRMA	

TOTAL DE REGISTROS

VALIDÓ: Vo. Bo. AUTORIZÓ

_____ _____ _____