

**SUSTITUCIÓN DE BENEFICIARIOS POR BAJA
PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA**

Fecha: _____

CDC: _____

Comunidad: _____

Me permito informar los movimientos de altas y bajas que se realizaron al padrón de beneficiarios del programa PAAD Municipal (Despensas) mismos que se detallan a continuación.

No.	CURP DE BENEFICIARIO ALTA	NOMBRE DEL NUEVO BENEFICIARIO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO QUE SE SUSTITUYE	JUSTIFICACIÓN DE LA BAJA