

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
1	NORMA ALICIA	CRUZ	ZUÑIGA	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
2	KARLA CONCEPCION	SAM	SOMOHANO	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
3	ROSA ANGELA	ESTRADA	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
4	MARIA DEL ROSARIO	ORTIZ	ROMAN	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
5	DEYANIRA	JIMENEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
6	ELIZABETH	PEREZ	LEON	CENTRO, TABASCO	04/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
7	VIVIANA CAROLINA	TUDON	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
8	MINERBA	MENDOZA	CHAN	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
9	GABRIELA	TATTO	TELLAECHE	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
10	PATRICIA DEL CARMEN	DE LOS SANTOS	RODRIGUEZ	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
11	MARIVEL	SANCHEZ	REYES	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
12	MARIA REMEDIOS	PEREZ	RIVERA	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
13	GRACIELA	DE LA CRUZ	QUEVEDO	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
14	MARIA JULIETA	RODAS	ORTIZ	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
15	LAURA	PEREZ	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
16	SARA GUADALUPE	GARCIA	RAMOS	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
17	FAVIOLA DEL CARMEN	PEREZ	GARCIA	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
18	DOLORES	MORALES	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
19	GUADALUPE	CASTILLO	LOPEZ	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
20	YAZMIN	VIDAL	AGUILAR	CENTRO, TABASCO	07/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
21	CONSUELO	LOPEZ	GUTIERREZ	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
22	NORMA IVONNE	ARRIAGA	ABREU	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
23	CONCEPCION	DE LA CRUZ	CARBALLO	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
24	BETI	ALMEIDA	TOSCA	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
25	ELIZABETH	PEREZ	DIAZ	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
26	JULIETA	AGUILAR	RAMON	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
27	IRMA	TEPOX	TEMICH	CENTRO, TABASCO	08/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
28	MARIA DEL CARMEN	ZURITA	PRIEGO	CENTRO, TABASCO	09/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
29	GUADALUPE	LOPEZ	CRUZ	CENTRO, TABASCO	09/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
30	YOLANDA	PEREZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	10/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
31	LUCILA	COLLADO	DE DIOS	CENTRO, TABASCO	10/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
32	LEA	LEYVA	IZQUIERDO	CENTRO, TABASCO	10/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
33	YOLANDA	HERNANDEZ	VAZQUEZ	CENTRO, TABASCO	10/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
34	ROMANA	LARA	RODRIGUEZ	CENTRO, TABASCO	10/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
35	FANNY GABRIELA	ALVARADO	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
36	BEATRIZ EUGENIA	JIMENEZ	RIVERO	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
37	CRISTINA	LORENZO	GUZMAN	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
38	KIKEY	JIMENEZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
39	REYNA	GONZALEZ	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
40	AIDA	PALMA	FLORES	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
41	DENISE	PAREDES	MONZALVO	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
42	GUADALUPE	LOPEZ	CRUZ	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
43	ROCIO	CLARA	TAJE	CENTRO, TABASCO	11/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
44	EVA	LOPEZ	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
45	MARIA DE LOS ANGELES	GORDILLO	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
46	JUANA	ARIAS	MUÑOZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
47	FLOR DE LIZ	LEON	ALEJO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
48	MARIA DEL CARMEN	MARIN	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
49	MARIA JESÙS	SUAREZ	SILVA	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
50	JOCABED	ESCONGA	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
51	MARIA DEL CARMEN	RODRIGUEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
52	MAYRA PATRICIA	RAMOS	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
53	MATEA	MARTINEZ	JERONIMO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
54	MAURA DEL CARMEN	MENDEZ	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
55	ROSARIO	MARTINEZ	DIAZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
56	MARTELIS	REYES	CARRASC	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
57	MARIA DEL CARMEN	GARCIA	CENTENO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
58	DORA	BAUTISTA	MENDOZA	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
59	BEATRIZ	LOPEZ	BRITO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
60	DORA MARIA	VELAZCO	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
61	SALOME	ORTIZ	RODRIGUEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
62	GUADALUPE	GARCIA	CONTRERAS	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
63	ROSA MARIA	ZURITA	POTENCIANO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
64	MARGARITA	GARCIA	ASCENCIO	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
65	ROSA MARIA	PEREZ	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
66	LETICIA	ULIN	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	14/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
67	CECILIA	HERNANDEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
68	MARTHA	HERNANDEZ	CHABLE	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
69	MERCEDES	HERNANDEZ	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
70	ROSA MARIA	CORDOVA	ISIDRO	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
71	ANGELICA MARIA	ARIAS	CASTELLANOS	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
72	GUADALUPE	VASQUEZ	JOSE	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
73	ROMANA	SOLIS	VELAZQUEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
74	MARIA ISABEL	PEREZ	VAZQUEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
75	TEODORA	GARCIA	VALENCIA	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
76	ROSA MARIA	LLERGO	HERRERA	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
77	ANDREA	ASENCIO	PEREZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
78	JUANA MARIA	GOMEZ	BAUTISTA	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
79	MARIA DEL CARMEN	CRUZ	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
80	ROSA MARIA	RAMOS	MONTEJO	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
81	MARIA	SARRACINO	PEREZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
82	MARIA DEL CARMEN	RAMOS	MAZARIEGO	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
83	ANA BERTHA	CANSINO	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
84	JUANA BEATRIZ	LEON	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
85	DORA MARIA	LOPEZ	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
86	ANGELICA SOFIA	SANCHEZ	MORENO	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
87	MARIA DEL CARMEN	SOLIS	MUÑOZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
88	GIORGINA	GALLEGOS	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
89	DINA	MIRANDA	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
90	GUADALUPE DEL ROSARIO	PEREZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
91	AIDA GUADALUPE	PRIEGO	ESPINOZA	CENTRO, TABASCO	15/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
92	MARTHA ELENA	VAZQUEZ	ORTIZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
93	ELIZABETH	SANCHEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
94	LUZ MARIA	GARCIA	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
95	LORENA	ACOPA	GUILLEN	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
96	MARIA ANTONIA	DOMINGUEZ	GUZMAN	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
97	LAURA	ESPINOZA	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
98	RITA	PEDRAZA	VIDAL	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
99	SILVIA CRISTHEL	PALOMEQUE	TORRES	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
100	MANUELA	JIMENEZ	OVANDO	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
101	MARIA	CRUZ	GORGORITA	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
102	MARGARITA	GARCIA	GONGORA	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
103	MARIBEL	CUSTODIO	MAY	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
104	VIRGINIA	HERNANDEZ	PARRA	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
105	ELIZABETH	RODRIGUEZ	ALVAREZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
106	MARILUZ	HERNANDEZ	CARRASCO	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
107	MARIA DEL CARMEN	GARCIA	MAYO	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
108	MARIA DE LOS ANGELES	DE LA CRUZ	SANTOS	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
109	REYNA BARBARA	MARTIN	LEYVA	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
110	ROSA	ESTRADA	GUERRERO	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
111	MARIA DOLORES	HERNANDEZ	DIAZ	CENTRO, TABASCO	16/10/2024	SERVICIO MEDICO	0	MUJER
112				CENTRO, TABASCO	17/10/2024	SERVICIO MEDICO		MUJER
113		GARCIA	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
114		GUZMAN	PEDRAZA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
115		PEREZ	PARCELO	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
116		RIVAS	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
117		JIMENEZ	MORALES	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
118		MIRANDA	MOLINA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
119		GOMEZ	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
120		GONZALEZ	ZACARIAS	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
121		MAGAÑA	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
122		ESPINOZA	LEON	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
123		SANCHEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
124		HERNANDEZ	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
125		JIMENEZ	CRUZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
126		PEREZ	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
127		ORTIZ	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
128		HERNANDEZ	ZAPATA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
129		VAZQUEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
130		LEON	CORREA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	64	MUJER
131		ESTRADA	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	47	MUJER
132		VENTURA		CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	65	MUJER
133		NOYOLA	ROCHA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
134		AVENDAÑO	ZACARIAS	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
135		HERNANDEZ	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
136		MONTEJO	ISIDRO	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
137		GALLEGOS	SOLIS	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
138		OSORIO	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
139		ISIDRO	CRUZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
140		CASTRO	VERA	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
141		RAMON	MERODIO	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
142		BOLAINA	RODRIGUEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
143		LOPEZ	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
144		DE LA ROSA	VASCONCELOS	CENTRO, TABASCO	18/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
145		GUZMAN	ARIAS	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
146		ZUÑIGA	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
147		HERNANDEZ	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
148		GUZMAN	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
149		REYES	ALVAREZ	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
150		RUIZ	HERRERA	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
151		GARCIA	MAGAÑA	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
152		DE LA CRUZ	BALTAZAR	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
153		ZURITA	ARIAS	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	37	MUJER
154		MARTINEZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
155		MARTINEZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	21/10/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
156		RODRIGUEZ	LAZARO	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
157		MARTINEZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
158		RODRIGUEZ	LAZARO	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
159		RODRIGUEZ	LAZARO	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
160		DIAZ	DOMINGUEZ	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
161		OVANDO		CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
162		HERNANDEZ	CARBALLO	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
163		DE LOS SANTOS	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	22/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
164		DE LA CRUZ	FLORES	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
165		AVALOS	WILSON	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
166		JIMENEZ	GUTIERREZ	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
167		CHICAS	MARROQUIN	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	67	MUJER
168		HERNANDEZ	DE LEON	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
169		IZQUIERDO	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
170		DE LA CRUZ	RAMOS	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
171		RAMOS	MARIN	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
172		LOPEZ	CERVANTES	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
173		MONZON	ANGEL	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	36	MUJER
174		DE LA CRUZ	FLORES	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
175		AVALOS	WILSON	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
176		JIMENEZ	GUTIERREZ	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
177		CHICAS	MARROQUIN	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	67	MUJER
178		HERNANDEZ	DE LEON	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
179		IZQUIERDO	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
180		DE LA CRUZ	RAMOS	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
181		RAMOS	MARIN	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
182		LOPEZ	CERVANTES	CENTRO, TABASCO	23/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
183		LOPEZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
184		GAMEZ	ORTEGA	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
185		VICHIQUE	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
186		GARCIA	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
187		REYNA	SALAS	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
188		MOHA	MADRIGAL	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
189		BELMONTE	GASPAR	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
190		CHIO	CARDENAS	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	63	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
191		HERNANDEZ	CHABLE	CENTRO, TABASCO	24/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
192		BERRONES	RIVERA	CENTRO, TABASCO	25/10/2024	SERVICIO MEDICO	66	MUJER
193		TORRES	PEREZ	CENTRO, TABASCO	25/10/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
194		LOPEZ	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	25/10/2024	SERVICIO MEDICO	48	MUJER
195		PEREZ	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
196		LOPEZ	GERONIMO	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
197		RODRIGUEZ	ALCUDIA	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
198		CABRERA	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
199		HERNANDEZ	ASENCIO	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	70	MUJER
200		IZQUIERDO	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	28/10/2024	SERVICIO MEDICO	28	HOMBRE
201		REYES	MIRANDA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	57	MUJER
202		PEREZ	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
203		CASTILLO	RODRIGUEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
204		SALVADOR		CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
205		CARRERA	LOPEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
206		LANESTOSA	ALEGRÍA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
207		GODINEZ	VIDAL	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
208		ESPINOZA	RAMOS	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	65	MUJER
209		GIL	CALDERON	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
210		LUNA	MEDINA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
211		LOPEZ	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
212		MENDEZ	ROMERO	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
213		TORRES	LOPEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
214		RAMOS	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
215		TÍQUET	TORRES	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
216		REYES	GUERRA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
217		GARCÍA	MADRIGAL	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	66	MUJER
218		ALEGRÍA	ALCAZAR	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	71	MUJER
219		PEREZ	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
220		CRUZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
221		SANZ	DIONISIO	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
222		GARAVITA	ZAPATA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
223		GOMEZ	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
224		BARRÓN	ZEPEDA	CENTRO, TABASCO	29/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
225		DE LA CRUZ	LIMON	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	29	MUJER
226		GUTIERREZ	CRUZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
227		REYES	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
228		GARCIA	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
229		CANO	CANO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
230		BRAVATA	FRIAS	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
231		JIMENEZ	VIDAL	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
232		DELGADO	SOSA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
233		MAZARIEGOS	PADILLA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
234		FLORES	CASTILLO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
235		GUILLEN	MAYO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
236		ALCUDIA	MORALES	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
237		ISIDRO	NIETO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
238		VELUETA	VILLEGAS	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
239		MAYORGA	IZQUIERDO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
240		SANCHEZ	GARCIA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
241		COLORADO	CALDERON	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
242		MOGUEL	YANES	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
243		JIMENEZ	VIDAL	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
244		FRIAS	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
245		LOPEZ	OLIVA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
246		LOPEZ	OLIVA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
247		JIMENEZ	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	48	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
248		DE LA CRUZ	VILLAMIL	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
249		CARAVEO	LOPEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
250		HERNANDEZ	VEITES	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	59	MUJER
251		HIDALGO	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
252		OLIVA	SALAZAR	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
253		LOPEZ	PEÑA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
254		MAGAÑA	QUEVEDO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
255		LOPEZ	OLIVA	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	38	MUJER
256		BUSTAMANTE	PEREZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
257		PEREZ	ASCENCIO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
258		RAMIREZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
259		BOCANEGRA	NIETO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
260		MONTEJO	CERINO	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
261		LOPEZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	30/10/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
262		LUNA	PIMIENTA	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
263		CORTAZA	DIAZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
264		MORALES	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
265		LOPEZ	GIL	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
266		DE LA CRUZ	VALENCIA	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
267		VALENCIA	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
268		LOPEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
269		DE LOS SANTOS	GIL	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
270		GONZALEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
271		PEREZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	48	MUJER
272		ALCUDIA	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
273		FLORES	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
274		CASTRO	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
275		CORDOVA	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
276		ALCUDIA	CADENA	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
277		ACOSTA	PEREZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
278		MOTA	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	47	MUJER
279		PORTA	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
280		JUAREZ	OLAN	CENTRO, TABASCO	31/10/2024	SERVICIO MEDICO	48	MUJER
281		TRINIDAD	BAUTISTA	CENTRO, TABASCO	04/11/2024	SERVICIO MEDICO	47	MUJER
282		VALENCIA	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	04/11/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
283		SUAREZ	VALIER	CENTRO, TABASCO	04/11/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
284		SALVADOR	FELIX	CENTRO, TABASCO	05/11/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
285		TENORIO	CAPETILLO	CENTRO, TABASCO	05/11/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
286		NOLASCO	VILLA	CENTRO, TABASCO	05/11/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
287		TONCHEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	27	MUJER
288		MARTINEZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
289		PEREZ	GARCIA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
290		ZAPATA	BRAVATA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	57	MUJER
291		GARCIA	GARCIA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
292		LOPEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
293		BENITES	ARCOS	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
294		MARTINEZ	OCHOA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	61	MUJER
295		CHE	BALAM	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	57	MUJER
296		DE DIOS	MARIN	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
297		PERERA	CRUZ	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
298		SANCHEZ	BOLAINA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
299		ALEJANDRO	ARJONA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
300		DE LA CRUZ	VALENZUELA	CENTRO, TABASCO	06/11/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
301		JIMENEZ	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER
302		SANCHEZ	DE LA CRUZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
303		RIVAS	TORRES	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
304		PEREZ	BALCAZAR	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	60	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
305		MORALES	AQUINO	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
306		DE LA FUENTE	MONTEJO	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
307		ROSS	SOLIS	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
308		JESUS	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	64	MUJER
309		RAMOS	SANCHEZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
310		RAMOS	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
311		GARCIA	DE LA O	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
312		RODRIGUEZ	GARCIA	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
313		SERVIN	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	07/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
314		RAMON	POLICRONIAD ES	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	33	MUJER
315		LOPEZ	GERONIMO	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
316		LOPEZ	QUIROGA	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
317		HERNANDEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
318		JIMENEZ	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
319		CORTES	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
320		PEREZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
321		SANCHEZ	TORRES	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
322		RAMIREZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
323		OLAN	VILLEGAS	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
324		CABEZA		CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
325		HERNANDEZ	MAYO	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
326		HERNANDEZ	CASTELLANOS	CENTRO, TABASCO	08/11/2024	SERVICIO MEDICO	39	MUJER
327		LOPEZ	QUIROGA	CENTRO, TABASCO	11/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
328		HERNANDEZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	12/11/2024	SERVICIO MEDICO	46	MUJER
329		JIMENEZ	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	12/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
330		CORTES	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	12/11/2024	SERVICIO MEDICO	62	MUJER
331		PEREZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	12/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
332		SANCHEZ	TORRES	CENTRO, TABASCO	12/11/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
333		RAMIREZ	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	13/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
334		OLAN	VILLEGAS	CENTRO, TABASCO	13/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
335		CONTRERAS	DELGADO	CENTRO, TABASCO	14/11/2024	SERVICIO MEDICO	66	MUJER
336		CABEZA		CENTRO, TABASCO	15/11/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
337		HERNANDEZ	MAYO	CENTRO, TABASCO	19/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
338		HERNANDEZ	CASTELLANOS	CENTRO, TABASCO	19/11/2024	SERVICIO MEDICO	39	MUJER
339		CASTELLANOS	MACOSAY	CENTRO, TABASCO	20/11/2024	SERVICIO MEDICO	64	MUJER
340		RODRIGUEZ	CONCHA	CENTRO, TABASCO	20/11/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
341		CRUZ	CAMAS	CENTRO, TABASCO	21/11/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
342		HERNANDEZ	VASQUEZ	CENTRO, TABASCO	21/11/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
343		BRINDIS	MENDEZ	CENTRO, TABASCO	21/11/2024	SERVICIO MEDICO	47	MUJER
344		MENDEZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	21/11/2024	SERVICIO MEDICO	71	MUJER
345		RODRIGUEZ	LEON	CENTRO, TABASCO	22/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
346		ASCENCIO	LOZA	CENTRO, TABASCO	22/11/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
347		PEREZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	22/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
348		MENDEZ	OSORIO	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	58	MUJER
349		REYES	ORDOÑEZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
350		HIDALGO	ZURITA	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
351		LOPEZ	VASCONCELOS	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	64	MUJER
352		RODRIGUEZ	MARTINEZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
353		MAGAÑA	PEDRAZA	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	43	MUJER
354		GORDILLO	CORNELIO	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
355		LAZARO	CASTELLANOS	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER
356		BARROSA	RAMIREZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	66	MUJER
357		ASENCIO	LOPEZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	44	MUJER
358		GOMEZ	IZGUERRA	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
359		DE DIOS	HERNANDEZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	65	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
360		ORTIZ	PEREZ	CENTRO, TABASCO	25/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
361		HIDALGO	BAUTISTA	CENTRO, TABASCO	28/11/2024	SERVICIO MEDICO	42	MUJER
362		HERNANDEZ	IZQUIERDO	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	41	MUJER
363		MADRIGAL	VERGANZA	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	65	MUJER
364		PEREZ	JIMENEZ	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
365		GARCIA	RAMOS	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
366		MENDEZ	GOMEZ	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
367		ALDAMA	TORRES	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	56	MUJER
368		BASTAR	PEREZ	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	51	MUJER
369		ROMERO	ALVAREZ	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER
370		ALVAREZ	GONZALEZ	CENTRO, TABASCO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
371		GARCIA	CONTRERAS		29/11/2024	SERVICIO MEDICO	48	MUJER
372		MORALES	DIAZ	C. MIGUEL HIDALGO MZA 53, LT 3 COL. MIGUEL HIDALGO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	68	MUJER
373		AGUILAR	REAL	C. JOSE MA. GONZALEZ HERMOSILLO MZ 1 LT 2, COL. MIGUEL HIDALGO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
374		SANCHEZ	MAY	C. MARIANO ARISTA MZ 12 LT 9 COL. MIGUEL HIDALGO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	50	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
375		CEFERINO	ZACARIAS	AV. INDEPENDENCIA MZA 53 LT 15 COL. MIGUEL HIDALGO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	54	MUJER
376		AVALOS	CONTRERAS	C. QUIRINO AVALOS S/N VILLA MACULTEPEC	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
377		CARRERA	SANDOVAL	CARR. VHSA A TEAPA 16.5 VILLA PLAYAS DEL ROSARIO	29/11/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
378		AVALOS	CONTRERAS	C. QUIRINO AVALOS S/N VILLA MACULTEPEC	03/12/2024	SERVICIO MEDICO	45	MUJER
379		CARRERA	SANDOVAL	CARR. VHSA A TEAPA 16.5 VILLA PLAYAS DEL ROSARIO	03/12/2024	SERVICIO MEDICO	55	MUJER
380		HERNANDEZ	DE LEON	C. BUENAVISTA 509 INT 4, COL. ATASTA	05/12/2024	SERVICIO MEDICO	52	MUJER
381		PEREZ	RIVERA	CJON. DEL CHININ 160. COL. TAMULTE	05/12/2024	SERVICIO MEDICO	57	MUJER
382		GOMEZ	DE LA CRUZ	C. PEDRO GUTIERREZ CORTES #805, COL. GAVIOTAS NORTE	05/12/2024	SERVICIO MEDICO	53	MUJER
383		PARDO	ALFARO	C. UNO 306 COL. LA MANGA 1	05/12/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER

**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
384		OJEDA	ORTIZ	CJON EL CEDRO KM 5 R/A RIO VIEJO 1ERA	05/12/2024	SERVICIO MEDICO	47	MUJER
385		RODRIGUEZ	JIMENEZ	AV. OSA MAYOR MZA 15, LT 7 FRACC. ESTRELLAS DE BUENAVISTA	06/12/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
386		MARTINEZ	HERNANDEZ	C. LA CEIBA MZ 26 LT, 3, COL, GAVIOTAS SUR	09/12/2024	SERVICIO MEDICO	49	MUJER
387		AVALOS	DE LA CRUZ	C. DE LA JUVENTUD 403 INT, COL LAS DELICIAS	11/12/2024	SERVICIO MEDICO	40	MUJER



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
-----------	------------------	------------------------	-------------------------	------------------	--------------	---------------------------	--------------------------	----------------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------



COORDINACIÓN DE SALUD
DEPTO UNIDAD MEDICA MOVIL



**FORMATO PARA EL PADRON DE BENEFICIARIOS
PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA FRACCION XV B DEL ARTICULO 76 DE LA LEY DE TRANSPARENCIA**

ID	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	LOCALIDAD	FECHA	BENEFICIO RECIBIDO	Edad (en su caso)	SEXO (FEMENINO/MASCULINO)
----	-----------	-----------------	------------------	-----------	-------	--------------------	-------------------	---------------------------

