

# ABRIL 2024

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MONTO, RECURSO O APOYO OTORGADO	UNIDAD TERRITORIAL	EDAD	SEXO	FECHA DE OTORGAMIENTO	TEMPORALIDAD	MOTIVO DE APOYO
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	\$ 300,000.00	UNION DE TULA	NA	NA	02/04/2024	01/04/2024 AL 30/04/2024	SUBSIDIO MENSUAL