



Dirección de Atención a las Personas Adultas Mayores
 Departamento de Estrategias de Atención a las Personas Adultas Mayores
 Comedores Asistenciales para Adultos Mayores y Grupos Prioritarios
Registro Diario



Municipio _____ Mes _____

No.	Nombre	Edad/ Sexo	Raciones Alimentarias																				Servicio / Actividad	Firma del Beneficiario								
			M	F	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C										
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
21																																
22																																
23																																
24																																
25																																
Total																																

F= Femenino M= Masculino D= Desayuno C= Comida Servicios: Médico, Transporte, Etc Actividades: Recreativas, Ocupacionales, Etc.
Firma del Beneficiario: Firmar al término de los servicios otorgados en el mes