DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Tianguistenco
TESORERÍA

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México".

Cd. de Tianguistenco, México a 06 de noviembre de 2026

Asunto: Requerimientos SEVAC Tercer Trimestre 2026

Liliana Dávalos Ham
Auditora Superior
Órgano Superior de Fiscalización
Del Estado de México
Presente

Se informa que el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tianguistenco al 30 de septiembre de 2026, con relación al punto Publica Montos pagados por ayudas y subsidios; se cuenta con Montos pagados por ayudas y subsidios del Tercer Trimestre de 2026 (se anexan beneficiarios).

Ente Público: SISTEMA MUNICIPAL DIF DE TIANGUIISTENCO, 3078 Montos pagados por ayudas y subsidios Periodo (trimestre tercero del año 2026)							
Concepto	Ayuda a	Subsidio	Sector (económico o social)	Beneficiario	CURP	RFC	Monto Pagado
DESPENSAS	ESTUDIANTES Y CIUDADANAS	0	FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS	SE ANEXA DOCUMENTACION	N/A	N/A	237,962.40
DESPENSAS	ESTUDIANTES Y CIUDADANAS	0	FAMILIAS DE ESCASOS RECURSOS	SE ANEXA DOCUMENTACION	N/A	N/A	202,153.20

Sin más por el momento quedo de usted para cualquier duda o aclaración ala respecto

Atentamente

José Mauricio Carrión Montaño
Tesorero del Sistema Municipal para el desarrollo integral de la Familia de Tianguistenco, Estado de México

Tesorería

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

FORMATO DE ACEPTACIÓN DE LA COMPRA Y/O SERVICIO

Fecha:	Día	Mes	Años
	17	06	2026

CONCEPTO DESPENSA	DATOS DEL ÁREA	
	Área	PRESIDENCIA

No.	Concepto	Cantidad	Unidad de Medida	Observaciones
1	DESPENSAS	650	PAQUETE	SIN OBSERVACIONES
2				
3				
4				
5				
6				

Recibió	
Nombre	C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
Cargo	PRESIDENTE HONORIFICO

Firma de conformidad

OPERADO
30 SEP 2026

0217

Sistema Municipal DIF Tianguistenco, México
C. Adolfo López Mateos 206, Col. Centro, C.P. 52600, Tianguistenco, Edo. Méx.
7131353780





OPERADO
30 SEP 2026



0219



RADO
SEP 2026

0 0220

OPERADO

30 SEP 2026

OPERADO

30 SEP 2026

0 0221

0222
OPERADO
30 SEP 2020

OPERADO
30 SEP 2003

OPERATIO
30 SEP 2026

0 0225

OPERADO
30 SEP 2020

0 0227

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

" 2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

CÉDULA DE PROVEEDOR

NÚMERO DE FOLIO:
DIFT-ADMON-0024-26

FECHA	DÍA	MES	AÑO
EMISIÓN	23	03	2026
VIGENCIA	23	03	2027



La presente acredita a: **ZARU PROVEEDORA S.A DE C.V.** como proveedor del Desarrollo Integral de la Familia de Tianguistenco, en virtud de haber exhibido ante el Área de Administración, los documentos requeridos para su registro en el catálogo de proveedores y prestadores de servicio, a través de su representante legal o propietario de nombre: **ISIDRO FLORES GONZALEZ** conforme a lo dispuesto por los artículos 29, 31, 32, 33, 34, 35 y 40 del Reglamento de la Ley de Contratación Pública del Estado de México y Municipios.

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: **ZARU PROVEEDORA S.A DE C.V.**	
DOMICILIO COMERCIAL: **CALLE INDEPENDENCIA NO 413**	COLONIA: **DE LA VERACRUZ**
MUNICIPIO O DELEGACIÓN: **ZINACANTEPEC**	ENTIDAD FEDERATIVA: **MÉXICO**
CÓDIGO POSTAL: **51356**	TELÉFONO: **7225764119**
RFC: **ZPR150929H71**	GIRO Y/O SUBGIRO COMERCIAL U OBJETO SOCIAL: **CONSTRUCCIÓN DE INMUEBLES COMERCIALES, INSTITUCIONALES Y DE SERVICIOS, COMPRAVENTA, PROMOCIÓN, REPRESENTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, CONSIGNACIÓN, COMISIÓN, MEDIACIÓN, IMPORTACIÓN, EXPORTACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y COMERCIO EN GENERAL DE TODO TIPO DE MERCANCÍAS NACIONALES Y EXTRANJERAS**
CORREO ELECTRÓNICO: antonella_987@hotmail.com	

NOMBRE Y FIRMA DEL PROVEEDOR

ADMINISTRACIÓN

Administración

OPERADO

30 SEP 2026

banregio

Banco Regional, S.A. Institucion de Banca Multiple, Banregio Grupo Financiero

AV. PEDRO RAMIREZ VAZQUEZ 200 - 12 PARQUE CORPORATIVO UCALY

SAN PEDRO GARZA GARCIA N.L., C.P. 66278

R.F.C. BRM940216EQ6

ESTADO DE CUENTA UNICO
del 01 al 31 de MARZO 2026
Corte al Día 31 - 31 Días

Cliente : 247-95651

Centro de Atención 81-BANREGIO (22673446) Desde cualquier ciudad de la República Mexicana.

ZARU PROVEEDORA S.A. DE C.V.

INDEPENDENCIA 413
DE LA VERACRUZ
ZINACANTEPEC, MEXICO
CP: 51356
RFC: ZPR150929H71
Persona Moral

247-ALFREDO DEL MAZO

CUENTA NARANJA NEGOCIOS FULL 247-95651-001-1 (CUENTA NARANJA NEGOCIOS FULL)
CLABE 058420000151425823

CUENTA	TASA	COMISION	GAT NOMINAL	GAT REAL
247956510011	NA	0.00	NA	NA

"La GAT real es el rendimiento que obtendría después de descontar la inflación estimada"

OPERADO
30 SEP 2026

0 0228

banregio

Banco Regional, S.A. Institucion de Banca Multiple, Banregio Grupo Financiero

AV. PEDRO RAMIREZ VAZQUEZ 200 - 12 PARQUE CORPORATIVO UCALY

SAN PEDRO GARZA GARCIA N.L., C.P. 66278

R.F.C. BRM940216EQ6

ESTADO DE CUENTA UNICO
del 01 al 31 de MARZO 2026
Corte al Día 31 - 31 Días

Cliente : 247-95651

Centro de Atención 81-BANREGIO (22673446) Desde cualquier ciudad de la República Mexicana.

ZARU PROVEEDORA S.A. DE C.V.

INDEPENDENCIA 413
DE LA VERACRUZ
ZINACANTEPEC, MEXICO
CP: 51356
RFC: ZPR150929H71
Persona Moral

247-ALFREDO DEL MAZO

CUENTA NARANJA NEGOCIOS FULL 247-95651-001-1 (CUENTA NARANJA NEGOCIOS FULL)
CLABE 058420000151425823

CUENTA	TASA	COMISION	GAT NOMINAL	GAT REAL
247956510011	NA	0.00	NA	NA

"La GAT real es el rendimiento que obtendría después de descontar la inflación estimada"

OPERADO
30 SEP 2026

0 0229

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Municipio: Tianguistenco, México
ADMINISTRACIÓN
"2026. Año del humanismo mexicano en el Estado de México"

0-0230

Santiago Tianguistenco, Mex., a 19 de octubre de 2026

Asunto: Comprobación de Despensas

C. JOSÉ MAURICIO CARRIÓN MONTAÑO
TESORERO DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE TIANGUISTENCO
P R E S E N T E:

Por este medio se hace llegar la comprobación de la entrega de la compra de 650 despensas correspondientes a la factura con folio: G 8214, haciendo mención que se anexa:

1.- Estudio Socioeconómico

2.- Oficio de solicitud

3.- Oficio de agradecimiento

4.- INE de la persona beneficiada

5.-Evidencia Fotográfica

Tesoreria

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Administración

C. MARIO CRISTIAN HERNÁNDEZ GARCÍA
TITULAR DEL ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DEL
SISTEMA MUNICIPAL DIF DE TIANGUISTENCO

C.C.A./MCHG

OPERADO
30 SEP 2026

0 0231

OPERADO

30 SEP 2026

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

FORMATO DE EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





0 0232

OPERADO

30 SEP 2026

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"





Sistema Municipal DIF Tianguistenco, México
C. Adolfo López Mateos 206, Col. Centro, C.P. 52600, Tianguistenco, Edo. Méx.
7131353780

OPERADO

30 SEP 2026

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

0 0233





TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

OPERADO

30 SEP 2026

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

0 0234





Sistema Municipal DIF Tianguistenco, México
C. Adolfo López Mateos 206, Col. Centro, C.P. 52600, Tianguistenco, Edo. Méx.
7131353780

TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

OPERADO

30 SEP 2026

DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Municipio: Tianguistenco, México

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México"

0 0235





OPERADO

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO 30 SEP 2026

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

0 0236

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 2026.

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una Despensa.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Rodriguez	Mena.	Rosa Elena.

CURP: ROMR900101MGRDN503. FECHA DE NACIMIENTO: 01-01-1990. (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: MEXICO. GENERO: H [ ] M [X] RFC: —

NGUA MATERNA: Español. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO. EDAD: 36. TELEFONO: 7223538017.

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. Granaditas.	S/N.	—

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	Centro.	Guadalupe Yancuitlalpan.

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico.	52600.	—

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [X] ZONA RURAL [ ]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [X] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	2			

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Secundaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: Si.

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [X] NO [ ]

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

OPERADO
30 SEP 2026

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0237

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Rosa Elena Rodriguez Mena

DOMICILIO: C. Granaditas S/N. Guadalupe Yancuitlalpan.

TELÉFONO: 722 353 8017

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0238

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Rosa Elena Rodriguez Mena.

OPERADO

30 SEP 2026

MÉXICO

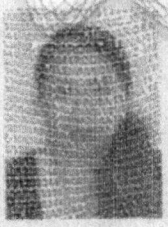
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
RODRIGUEZ
MENA
ROSA ELENA

FECHA DE NACIMIENTO
01/01/1990

SEXO M



DOMICILIO
C GRANADITAS S/N
- GUADALUPE YANCUICTLALPAN 52600
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR RDMNRS90010112M600

CURP ROMR900101MGRDNS03 AÑO DE REGISTRO 2008 02

ESTADO 15 MUNICIPIO 102 SECCIÓN 4704

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027

Tel: 722 3538017

INE

ELECCIONES FEDERALES

LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX161298344 2<<4704082588664
9001011M2712310MEX<02<<04756<4
RODRIGUEZ<MENA<<ROSA<ELENA<<<<

0 0239

OPERADO

30 SEP 2020

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 2026.

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una Despensa.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Rodriguez	Mena.	Jose Alfredo

CURP: ROMA981227HGRDNL06. FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-1998. (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México. GENERO: F / M RFC: —

NGUA MATERNA: Español. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: — EDAD: 28 TELEFONO: 7223538617.

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
G Granaditas.	S/N	— 0 0240

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	Centro.	Guadalupe Yancuitlalpan.

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico	52600.	—

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA ☐ ZONA RURAL ☒

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI ☐ NO ☒

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI ☐ CUAL: ☐ NO ☒

¿Tiene dependientes economicos? SI ☐ NO ☒

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA | RENTADA | PRESTADA ✓ | OTRA

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Preparatoria. ES JEFE (A) DEFMAILIA: Si.

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI ✓ | NO

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

OPERADO

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0241

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Jose Alfredo Rodriguez Mena.

DOMICILIO: C. Granaditas S/N., Guadalupe Yancuitlalpan.

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 722 353 8617

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0242

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

OPERADO
30 SEP 2026

NOMBRE COMPLETO: Jose Alfredo Rodriguez Mena

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
RODRIGUEZ
MENA
JOSE ALFREDO

SEXO H



DOMICILIO
C GRANADITAS S/N
- GUADALUPE YANCUICTLALPAN 52600
TIANGUISTENCO, MEX.

0 0243

CLAVE DE ELECTOR RDMNAL98122712H200

CURP
ROMA981227HGRDNL06

AÑO DE REGISTRO
2017 01

FECHA DE NACIMIENTO
27/12/1998

SECCIÓN
4704

VIGENCIA
2022 - 2032

Tel: 7223538617

INE

B008136

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX237760886 3<<4704118710451
9812275H3212312MEX<01<<07566<2
RODRIGUEZ<MENA<<JOSE<ALFREDO<<

OPERADO
30 SEP 2020

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

0 0244

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Flores	Vazquez	M.A. Eugenia

CURP: FAVE610713MMCLZU04 FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/1961 (DIA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 64 TELEFONO: 7131370168

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Benito Juarez		

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Sanmicolas Cuahuac	Villa de Sanmicolas

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
	52660	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [ ]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA | RENTADA | PRESTADA | OTRA

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA:

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [X] NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0245

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Flor Z. Vazquez M.A. Eugenia

OPERADO

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a _____de _____del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

0 0246

ATENTAMENTE

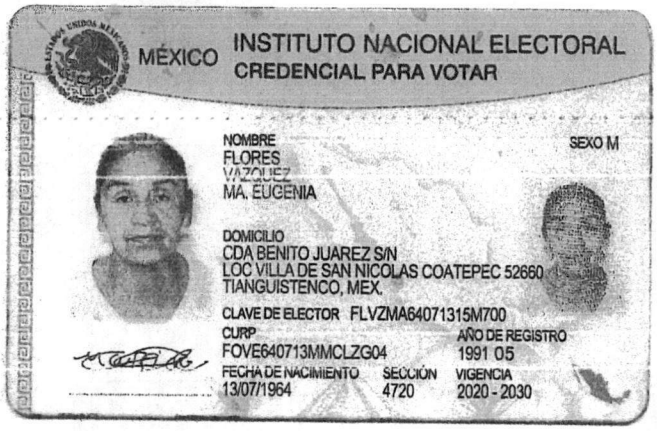
FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Flores Vazquez M.A. Eugenia

DOMICILIO: Benito Juarez villa de Sanctorum Centro

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 7131370168

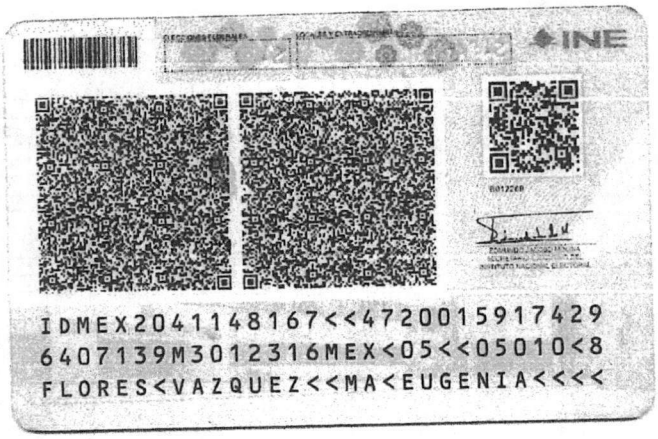

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
FLORES
VAZQUEZ
MA. EUGENIA

SEXO M

DOMICILIO
CDA BENITO JUAREZ S/N
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR FLVZMA64071315M700
CURP
FOVE640713MMCLZG04
AÑO DE REGISTRO
1991 05
FECHA DE NACIMIENTO
13/07/1964
SECCIÓN
4720
VIGENCIA
2020 - 2030


INE

IDMEX2041148167<<4720015917429
6407139M3012316MEX<05<<05010<8
FLORES<VAZQUEZ<<MA<EUGENIA<<<<

0 0247

7131370168

OPERADO
30 SEP 2020

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26.

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Arellano.	Velazquez.	Maria Guadalupe.

CURP: AEVG941210MMCRLD03. FECHA DE NACIMIENTO: 10-12-1994. (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico. GENERO: H [X]. RFC: ———

LENGUA MATERNA: Español. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO. EDAD: 31. TELEFONO: 713 116 8441.

REFERENCIA DOMICILIARIA

C. Josefa ortiz de Dominguez. (CALLE) — (NO. INTERIOR) 11 (NO. EXTERIOR)

Santiago Tianguistenco. (MUNICIPIO) Sn Lorenzo H. (COLONIA) Sn Lorenzo H. (LOCALIDAD)

Estado de Mexico. (ENTIDAD FEDERATIVA) 5264 (CODIGO POSTAL) ——— ENTRE CALLES 0 0248

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [/]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [/]

¿Tiene dependientes economicos? SI [/] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	3.			

ABUELOS: ——— OTROS: ———

La casa donde vive es actualmente: PROPIA ——— RENTADA ——— PRESTADA ——— OTRA ———

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Secundaria. ES JEFE (A) DEFMAILIA: Sí

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [/] NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA





224
Tel 7131168441
*Grupo Kinder.

0 0249

OPERADO
30 SEP 2020

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0250

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: María Guadalupe Arellano Velazquez

DOMICILIO: C. Josefa Ortiz de Dominguez. No 11, Sn Lorenzo H.

OPERADO

TELÉFONO: 7131168441

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0251

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: María Guadalupe Arellano Velazquez

OPERADO
30 SEP 2026

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES Mar | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Salazar	Osorio	Noveli

CURP: SAON 40518MMCLSV08 FECHA DE NACIMIENTO: 18 06 1400 (DIA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 37 TELEFONO: 55327095[illegible]

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Emiliano Zapata	7	7

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Acatenco	Acatenco

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLES
Estado de México	52667	

0 0252

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿ beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE		HIJAS(OS)		PADRES		HERMANOS		SOBRINOS	
		ABUELOS		OTROS					

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO [X] NO

OPERADO

30 SEP 2025

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 10 de JULIO del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0253

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Salazar Osorio Nayeli

OPERADO
30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

0 0254

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Balazar osorio Maxel

DOMICILIO: Emiliano zapata ocotenco

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 5532709544


MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR
NOMBRE
SALAZAR
OSORIO
NAYELI
SEXO M
DOMICILIO
C EMILIANO ZAPATA 7
LOC OCOTENCO 52667
TIANGUISTENCO, MEX.
CLAVE DE ELECTOR SLOSNY89061815M800
CURP
SAON890618MMCLSY08
AÑO DE REGISTRO
2007 02
FECHA DE NACIMIENTO
18/06/1989
SECCIÓN
6905
VIGENCIA
2024 - 2034
IDMEX259771096 2<<6905078685794
8906186M3412318MEX<02<<02759<1
SALAZAR<OSORIO<<NAYELI<<<<<<<<

5532769544

0 0255

OPERADO

30 SEP 2020

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

0 0256

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Rojas	Peralta	Nayeli

CURP: ROPN04052QMMCJRYA8. FECHA DE NACIMIENTO: 9-05-2004 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México. GENERO: H [ ] M [X] RFC:

LENGUA MATERNA: Español. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: No. EDAD: 22. TELEFONO: 7227649654

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. Loma Bonita.	S/N.	S/N.

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	Tlacotlapa.	Tlacotlapa.

ENTIDAD FEDERATIVA: Estado de Mexico. CODIGO POSTAL: 52665. ENTRE CALLLES:

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [/]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [/]

¿Tiene dependientes economicos? SI [/] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	1			

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA [ ] RENTADA [X] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Secundaria. ES JEFE (A) DEFMAILIA: Sí

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [/] NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0257

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Nayeli Rojas Peralta.

OPERADO
30 SEP 2026

DOMICILIO: C. Loma Bonita. S/N, Tlacotlapa.

TELÉFONO: 7224649654

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0258

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Nayeli Rojas Peralta

OPERADO
30 SEP 2026


MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
ROJAS
PERALTA
NAYELI

SEXO M

DOMICILIO
C LOMA BONITA S/N
LOC TLACUITLAPA 52665
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR RJPRNY04050915M100

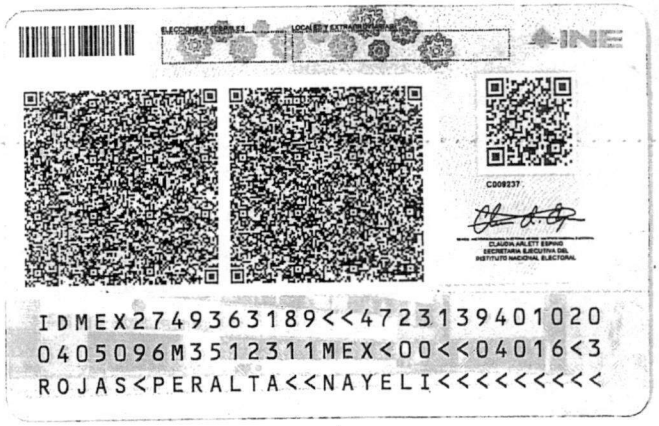
CURP
ROPN040509MMCJRYA8

AÑO DE REGISTRO
2025 00

FECHA DE NACIMIENTO
09/05/2004

SECCIÓN
4723

VIGENCIA
2025 - 2035


INE

C009237

CLAUDIA ARLETT ESPINO
SECRETARIA EJECUTIVA DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX274936318<<4723139401020
0405096M3512311MEX<00<<04016<3
ROJAS<PERALTA<<NAYELI<<<<<<<<<

7224649654

0 0259

OPERADO

30 SEP 2025

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

0 0260

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26.

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Silva	Sanchez.	Galicia

CURP: SAGS921103MPLNLL09. FECHA DE NACIMIENTO: 03-11-1992. (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México. GENERO: H [X] RFC: —

LENGUA MATERNA: Español. ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: No. EDAD: 34. TELEFONO: 7131228797.

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. 20 de Noviembre.	S/N.	S/N.

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	San Lorenzo Huehuetitlan.	San Lorenzo.

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLES
Estado de Mexico.	52600.	—

REFERENCIA DOMICILIARIA: —

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [/]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [/]

¿Tiene dependientes economicos? SI [/] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	2.			

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA [X] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Secundaria. ES JEFE (A) DEFMAILIA: Sí

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [/] NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0261

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Silvia Sanchez Galicia

DOMICILIO: C. 20 de Noviembre S/N, San Lorenzo Huehuetitlan

TELÉFONO: 713 122 8797

OPERADO
30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0282

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Silvia Sanchez Galicia

OPERADO
30 SEP 2026



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
SANCHEZ
GALICIA
SILVIA

FECHA DE NACIMIENTO
03/11/1992

SEXO M

DOMICILIO
C 20 DE NOVIEMBRE S/N
LOC SAN LORENZO HUEHUETITLAN 52600
TIANGUISTENCO, MEX.



CLAVE DE ELECTOR SNGLSL92110321M400

CURP SAGS921103MPLNLL09 AÑO DE REGISTRO 2012 01

ESTADO 15 MUNICIPIO 102 SECCIÓN 4721

LOCALIDAD 0019 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027

228
Tel: 7131228797
Grupo Kendra

0 0263

ELECCIONES FEDERALES | LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

B009•65

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

OPERADO
30 SEP 2020

IDMEX1612967415<<4721093471076
9211030M2712310MEX<01<<03351<6
SANCHEZ<GALICIA<<SILVIA<<<<<<<

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una despensa

0 0264

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Galicia	Escamilla	Andrea

CURP: GAEA691130MMCLSN02 FECHA DE NACIMIENTO: 30-11-1969 (DIA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [ ] M [X] RFC:

LENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: No. EDAD: 57. TELEFONO: 7131090619

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. Carlos Hank Glez.	S/N.	S/N

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	San Lorenzo H.	San Lorenzo H.

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico.	52600.	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [/]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [/]

¿Tiene dependientes economicos? SI [/] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	3.			

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA [ ] RENTADA [X] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Preparatoria ES JEFE (A) DEFMAILIA: Sí

OPERADO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [/] NO [ ]

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0265

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Andrea Galicia Gramilla.

DOMICILIO: C. Carlos Hank. Glez s/n, Sn Lorenzo H.

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 7131090619

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0266

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Andrea. Galicia. Escamilla.

OPERADO
30 SEP 2026



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
GALICIA
ESCAMILLA
ANDREA

SEXO M



DOMICILIO
C CARLOS HANK GONZALEZ S/N
LOC SAN LORENZO HUEHUETITLAN 52600
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR GLESAN69113015M800

CURP
GAEA691130MMCLSN02

AÑO DE REGISTRO
1999 03

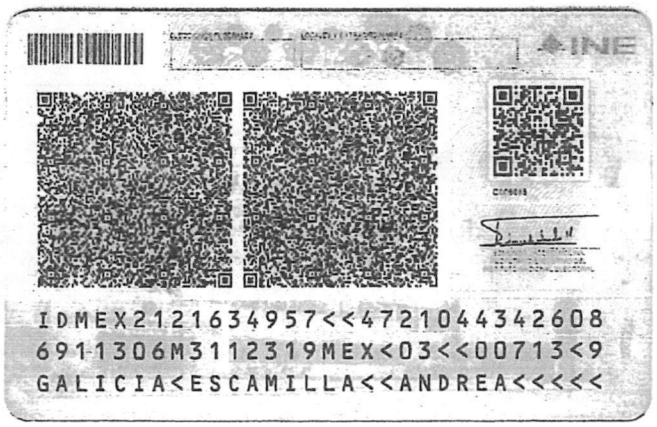
FECHA DE NACIMIENTO
30/11/1969

SECCIÓN
4721

VIGENCIA
2021 - 2031

0 0267

222
713109 06T9 Nvo. Registro
Exp kinder



OPERADO

30 SEP 2026

0 0263

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Morales	Montejo.	Odeydi.

CURP: MOMO920108MCSRNDO2. FECHA DE NACIMIENTO: 08-01-1992 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México. GENERO: H [X] RFC: ——

LENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico.

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: No. EDAD: 34. TELEFONO: 7131187218.

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. 16 de Septiembre.	S/N	S/N

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Santiago Tianguistenco.	Tlacotlapa.	Tlacotlapa.

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLES
Estado de Mexico.	52665.	——

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [/]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [/]

¿Tiene dependientes economicos? SI [/] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
		1		

ABUELOS: OTROS: 1 Nieto.

La casa donde vive es actualmente: PROPIA [X] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Secundaria. ES JEFE (A) DEFMAILIA: Sí

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [/] NO [ ]

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0269

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Odeydi. Morales Montejo

DOMICILIO: C. 16 de Septiembre S/N, Tlacotlapa.

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 7131187218.

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0270

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

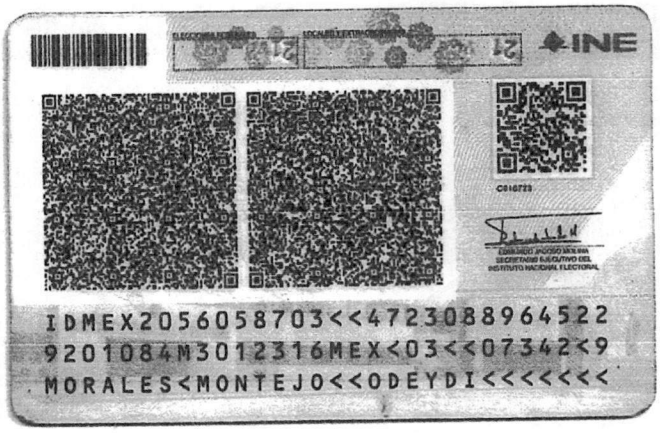
FIRMA: 

NOMBRE COMPLETO: Odeyda Morales Montejo



0 0271

tel: 7131187218



OPERADO

30 SEP 2020

0 0272

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Alejo	Flores	Norma Isabel

CURP: AEFN800316MMCLLR03 FECHA DE NACIMIENTO: 16 03 1980 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H | M RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 36 TELEFONO: 7131340168

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
CDA Benito Juarez		

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Coatepec	Villa de Sonicolos	Villa de Sonicolos

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
	52000	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA ☐ ZONA RURAL ☒ ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI ☐ NO ☒

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI ☐ CUAL: NO ☒

¿Tiene dependientes economicos? SI ☐ NO ☒

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA | RENTADA | PRESTADA | OTRA

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI ☒ | NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

0 0273

Santiago Tianguistenco, México a _____de _____del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Reyna

NOMBRE COMPLETO: Arco flores reyna Isabel

OPERADO
30 SEP 2026

DOMICILIO: CDA bonito 4 rcz

TELÉFONO: Arco flores reyna Isabel
7131340168

0 0274

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

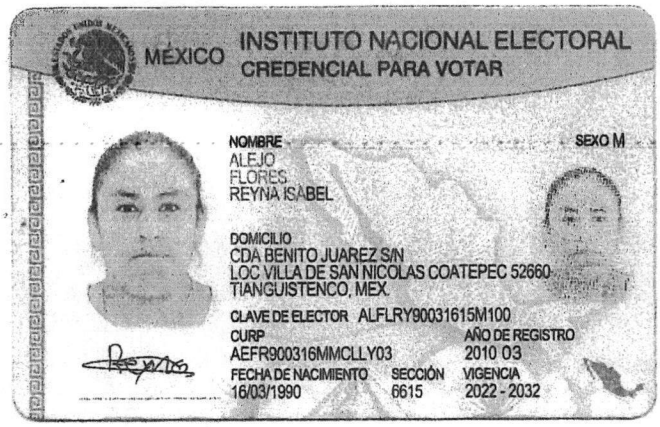
Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Reyna

OPERADO
30 SEP 2026

NOMBRE COMPLETO: Alondra reyna Pacheco


MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

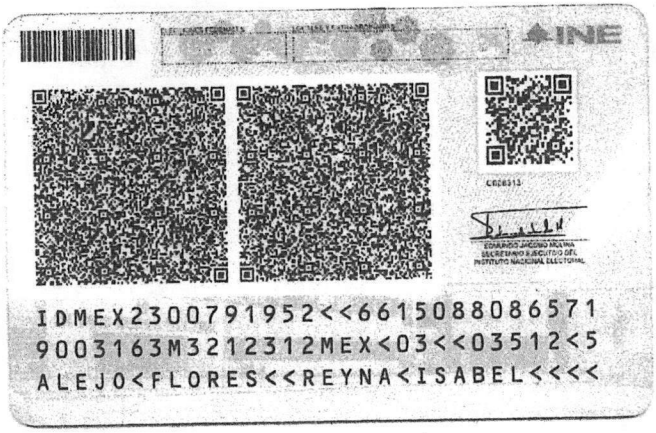
NOMBRE
ALEJO
FLORES
REYNA ISABEL

SEXO M

DOMICILIO
CDA BENITO JUAREZ S/N
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR ALFLRY90031615M100
CURP AEFR900316MMCLLY03
AÑO DE REGISTRO 2010 03
FECHA DE NACIMIENTO 16/03/1990
SECCIÓN 6615
VIGENCIA 2022 - 2032

0 0275


INE

IDMEX2300791952<<6615088086571
9003163M3212312MEX<03<<03512<5
ALEJO<FLORES<<REYNA<ISABEL<<<<

713137 0168

OPERADO
30 SEP 2026

0 0276

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA	DIA	MES	AÑO
	20	05	2026

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una Despensa

Hermenegildo	Placido	Pascuala
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

CURP: HEPP790415MMCRLS03 FECHA DE NACIMIENTO: 15-04-1979 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [ ] M [X] RFC: —

LENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: — EDAD: 47 TELEFONO: 5590606013

REFERENCIA DOMICILIARIA

Ignacio Zaragoza	S/n	S/n
CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR

Tianguistenco	la lagunilla	La lagonilla
MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD

Estado de México	52665	—
ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES

—

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [X] ZONA RURAL [ ] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [X] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE		HIJAS(OS)	4	PADRES		HERMANOS		SOBRINOS	
		ABUELOS		OTROS					

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [X]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: Si

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO SI [X] NO [ ]

Pascuala

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

OPERADO

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0277

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Pascuala Hermenegildo Placido

DOMICILIO: Ignacio Zaragoza S/n

OPERADO

30 SEP 2026

TELÉFONO: 5590606013

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0273

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

Pascuala

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Pascuala Hermenegildo Placido

OPERADO
30 SEP 2026

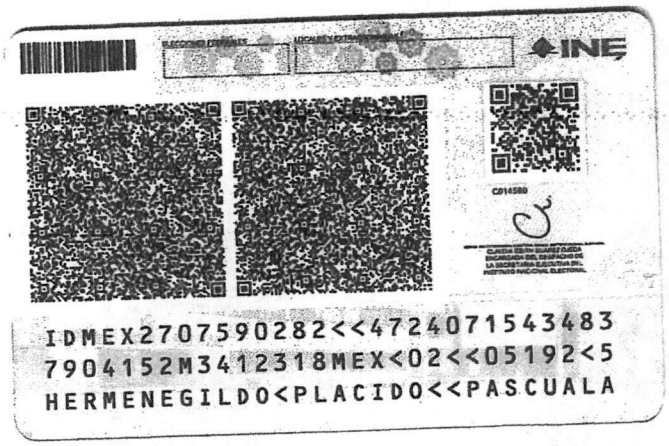

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
HERMENEGILDO
PLACIDO
PASCUALA

SEXO M

DOMICILIO
C IGNACIO ZARAGOZA S/N
LOC LA LAGUNILLA 52665
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR HRPLPS79041515M901
CURP
HEPP790415MMCRLS03
AÑO DE REGISTRO
2005 02
FECHA DE NACIMIENTO
15/04/1979
SECCIÓN
4724
VIGENCIA
2024 - 2034


INE

IDMEX2707590282<<4724071543483
7904152M3412318MEX<02<<05192<5
HERMENEGILDO<PLACIDO<<PASCUALA

0 0279

OPERADO
30 SEP 2026

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: despensa

0 0200

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Valencia	Cardoño	Jesus

CURP: VAGJ800303HDFLRS00 FECHA DE NACIMIENTO: 03/03/1980 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: [X] M RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 96 TELEFONO: 7226749762

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO. INTERIOR	NO. EXTERIOR
Independencia	21	

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Villa de Santiagos	Villa de Santiagos

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de México	52600	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE [ ] HIJAS(OS) [ ] PADRES [ ] HERMANOS [ ] SOBRINOS [ ]

ABUELOS [ ] OTROS

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: Si

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO SI [X] NO

OPERADO

30 SEP 2026

Jesus Valencia.

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0281

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Jesus Valencia.

NOMBRE COMPLETO: Valencia Garduño Jesus

DOMICILIO: Independencia 21 villa de santiagos tianguistenco

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 722 674 4768.

Santiago Tianguistenco, México a 10 de octubre del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0282

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Jesus Valencia

NOMBRE COMPLETO: Valencia Garduño Jesus

OPERADO

30 SEP 2026

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



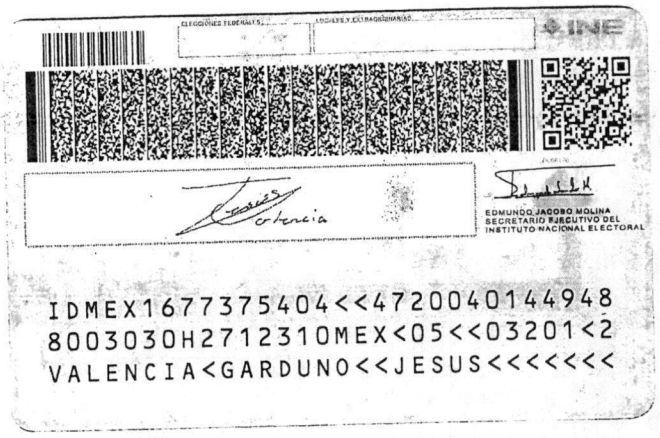
NOMBRE
VALENCIA
GARDUÑO
JESUS

FECHA DE NACIMIENTO
03/03/1980
SEXO H



DOMICILIO
C INDEPENDENCIA 21
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR VLGRJS80030309H100
CURP VAGJ800303HDFLRS00 AÑO DE REGISTRO 1998 05
ESTADO 15 MUNICIPIO 102 SECCIÓN 4720
LOCALIDAD 0002 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027



IDMEX167737540 4<<4720040144948
8003030H2712310MEX<05<<03201<2
VALENCIA<GARDUNO<<JESUS<<<<<<<

7226744762.

0 0283

OPERADO
30 SEP 2026

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 2025-27

0 0284

FECHA	DIA	MES	AÑO
	20	03	26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Anzastiga	Villegas	Yareth

CURP: AHVY800331MMCNLR07 FECHA DE NACIMIENTO: 14 03 1980 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: No EDAD: 46 TELEFONO: 7227956813

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Los Palmos	~~60~~ 3	60

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Santa Magdalena	San Jose Malacota

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de mexico	52613	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE [ ] HIJAS(OS) [ ] PADRES [ ] HERMANOS [ ] SOBRINOS [ ]

ABUELOS [ ] OTROS [ ]

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS Preparatoria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO SI [X] NO [ ]

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

0 0285


MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
ANZASTIGA
VILLEGAS
YARETH

SEXO M

DOMICILIO
C LAS PALMAS 60 INT 3
LOC SAN JOSE MEZAPA 52613
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR ANVLYR80031415M400

CURP
AAVY800314MMCNLR07

AÑO DE REGISTRO
1998 03

FECHA DE NACIMIENTO
14/03/1980

SECCIÓN
4707

VIGENCIA
2025 - 2035


INE

IDMEX286417738B<<4707022999983
8003144M3512311MEX<03<<05474<0
ANZASTIGA<VILLEGAS<<YARETH<<<<

OPERADO

7227938713.

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

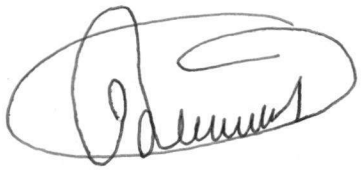
C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0286

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE



FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Anzastigo Villegas Yareth

OPERADO
30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 20 de MAYO del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

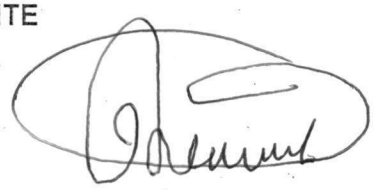
0-0287

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE



FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Azucena Villegas Zarate

DOMICILIO: Palmas 60 int 3 Sonoasc mzana

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 7227930713

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

0 0288

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: DESPENSA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Salazar	Osorio	Evelyn

CURP: SACE920517MMCLSV06 FECHA DE NACIMIENTO: 17 05 1992 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [X] RFC:

LENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 33 TELEFONO: 7136 6723

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Emiliano Zapata	7	7

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Ocotenco	Ocotenco

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLES
Estado de Mexico	52064	

REFERENCIA DOMICILIARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

s beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA | RENTADA | PRESTADA | OTRA

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO [X] NO

OPERADO

30 SEP 2026

Evelin S.A

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA





713 1067223

0 0289

OPERADO

30 SEP 2020

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0290

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Evelin S.A

NOMBRE COMPLETO: Salazar osorio Evelin

DOMICILIO: Emiliano zapata 7 acatenco

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 713 106 7223

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0291

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Evelin S A

NOMBRE COMPLETO: Salazar Osorio Evelin

OPERADO
30 SEP 2026

0 0292

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Nava	perez	Mayeli

CURP: NAPM850505MMCVRY04 FECHA DE NACIMIENTO: 05 05 1985 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [ ] M [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 41 TELEFONO: 7731142602

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Benigno domingues	206	

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	~~52660~~	villa de santiagos

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico	52660	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿ beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE [ ] HIJAS(OS) [ ] PADRES [ ] HERMANOS [ ] SOBRINOS [ ]

ABUELOS [ ] OTROS [ ]

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

OPERADO

RECIBI APOYO SI [X] NO [ ]

30 SEP 2026

Nayeli Nava Perez

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0293

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Nayeli Nava Perez

NOMBRE COMPLETO: Nava Perez Maeli

DOMICILIO: Belizario domingues Villa de sanicolas coatepec

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 713 114 2607

Santiago Tianguistenco, México a 10 de octubre del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0-0294

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

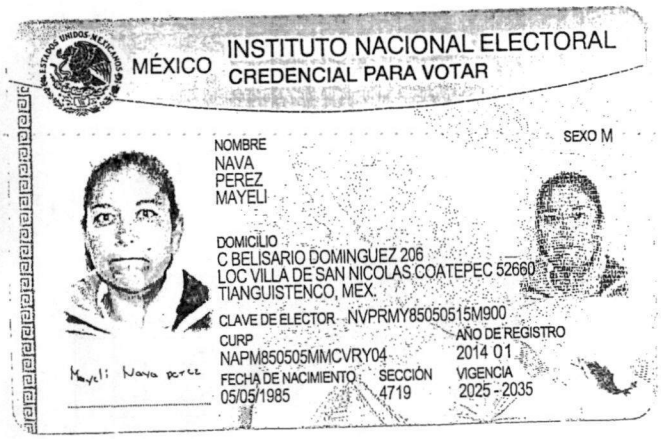
ATENTAMENTE

FIRMA: Nayeli Nava Perez

NOMBRE COMPLETO: Nava perez Nayeli

OPERADO

30 SEP 2026


MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
NAVA
PEREZ
MAYELI

SEXO M

DOMICILIO
C BELISARIO DOMINGUEZ 206
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR NVPRMY85050515M900

CURP
NAPM850505MMCVRY04

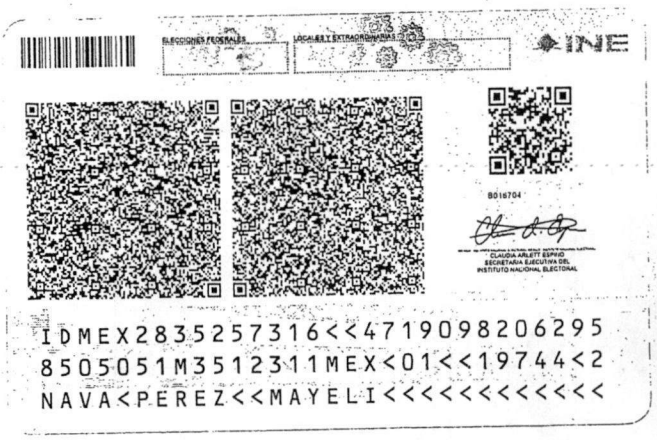
AÑO DE REGISTRO
2014 01

FECHA DE NACIMIENTO
05/05/1985

SECCIÓN
4719

VIGENCIA
2025 - 2035

Mayeli Nava perez


ELECCIONES FEDERALES
LOCALES Y EXTRAORDINARIOS
INE

8016704

CLAUDIA ARLETT ESPINO
SECRETARIA EJECUTIVA DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX283525731 6<<4719098206295
8505051M3512311MEX<01<<19744<2
NAVA<PEREZ<<MAYELI<<<<<<<<<<<<

0 0295

713 1142602

OPERADO
30 SEP 2026

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

0-0296

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Gonzalez	Huertas	Maribel

CURP: GOMM960625MMCNRB FECHA DE NACIMIENTO: 25 / 08 / 1996 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 30 TELEFONO: 7131374130

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
Miguel Hidalgo		

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Chiquixaa	Chiquixaa Sx2

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico	52669	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

s beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [X] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE	HIJAS(OS)	PADRES	HERMANOS	SOBRINOS
	2	1		

ABUELOS: OTROS:

La casa donde vive es actualmente: PROPIA | RENTADA: SI | PRESTADA | OTRA

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFAMILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO: SI [X] NO

OPERATIVO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA


MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
GONZALEZ
HUERTAS
MARIBEL

SEXO M

DOMICILIO
AV MIGUEL HIDALGO S/N
LOC CHIQUIXPAC SECCION DOS 52664
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR GNHRMR96082515M200
CURP GOHM960825MMCNRR05
AÑO DE REGISTRO 2014 01
FECHA DE NACIMIENTO 25/08/1996
SECCIÓN 6616
VIGENCIA 2025 - 2035

INE

IDMEX275812505l<<6616099193968
9608258M3512311MEX<01<<05889<2
GONZALEZ<HUERTAS<<MARIBEL<<<<<

713137 9130

0-0297

OPERADO
30 SEP 2020

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0298

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Gonzalez Hucrtos Maribel

DOMICILIO: Miguel Hidalgo chiquixpan sección dos

OPERADO

30 SEP 2026

TELÉFONO: 719 1 374 130

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Sep 2026 del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0-0299

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Gonzales Huerta Maribel

OPERADO
30 SEP 2026

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

0 0300

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Olmedo	Arauza	Maria teresa

CURP: OEAT641003MDFLRR04 FECHA DE NACIMIENTO: 03/10/1964 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: Mexico GENERO: H [ ] M [X] RFC:

ENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de Mexico

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 62 TELEFONO: 7131042133

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
C Niños heroes		

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Tianguistenco	Villa de santiagos	Villa de santiagos

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de Mexico	52660	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [X] NO [ ]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE [ ] HIJAS(OS) [ ] PADRES [ ] HERMANOS [ ] SOBRINOS [ ]

ABUELOS [ ] OTROS [ ]

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: ES JEFE (A) DEFMAILIA:

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO [X] NO [ ]

OPERADO

30 SEP 2026

Maria Teresa olmedo Arauza.

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0-0301

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: María teresa olmedo Araiza

NOMBRE COMPLETO: Olmedo araiza Maria teresa.

DOMICILIO: Niños Heroes Villa de san nicolas coatepec

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 713 104 2433

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0302

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: María Teresa olmedo Arauza

NOMBRE COMPLETO: María Teresa olmedo Arauza

OPERANO

30 SEP 2026

MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
OLMEDO
ARAIZA
MARIA TERESA

SEXO M

0 0303

DOMICILIO
C NIÑOS HEROES S/N
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR OLARTR64100309M300

CURP
OEAT641003MDFLRR09

AÑO DE REGISTRO
1991 03

FECHA DE NACIMIENTO
03/10/1964

SECCIÓN
6615

VIGENCIA
2022 - 2032

María Teresa Olmedo Araiza

ELECCIONES FEDERALES LOCALES Y EXTRAORDINARIAS

INE

B011000

EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX2286454533<<6615028937770
6410038M3212312MEX<03<<0270 2<9
OLMEDO<ARAIZA<<MARIA<TERESA<<<

OPERADO

30 SEP 2020

713 109 24 33

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2025

INSTANCIA EJECUTORA

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

FECHA: DIA 20 | MES 05 | AÑO 26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Vazquez	Aguilar	Eucadelope 0-0304

CURP: VAAE901210MMCZGD09 FECHA DE NACIMIENTO: 10 / 12 / 1990 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [X] RFC:

LENGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 36 TELEFONO: 7221 361277

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE: Prol hidalgo s/n Loc coatepec | NO: INTERIOR: | NO. EXTERIOR:

MUNICIPIO: Coatepec | COLONIA: villa de san nicolas | LOCALIDAD: villa de san nicolas

ENTIDAD FEDERATIVA: Estado de México | CODIGO POSTAL: 52600 | ENTRE CALLES:

REFERENCIA DOMICILARIA:

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE [ ] HIJAS(OS) [ ] PADRES [ ] HERMANOS [ ] SOBRINOS [ ]

ABUELOS [ ] OTROS [ ]

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO SI [X] NO [ ]

Gpe V.A

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

OPERADO

30 SEP 2025

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0305

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Cape V.A.

NOMBRE COMPLETO: Vazquez Aguilar Guadalupe

DOMICILIO: Prol Hidalgo S/N La Villa de San Nicolas Cuatro

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 7224361277

Santiago Tianguistenco, México a 10 de JUNIO del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0303

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: Gpe V.A.

NOMBRE COMPLETO: Vazquez Aguilar Guadalupe.

OPERADO
30 SEP 2026


MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
VAZQUEZ
AGUILAR
GUADALUPE

SEXO M

DOMICILIO
PROL HIDALGO S/N
LOC VILLA DE SAN NICOLAS COATEPEC 52660
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR VZAGGD90121015M600

CURP
VAAG901210MMCZGD09

AÑO DE REGISTRO
2011 01

FECHA DE NACIMIENTO
10/12/1990

SECCIÓN
6615

VIGENCIA
2021 - 2031

Gpe. V.A.


INE

IDMEX2181608693<<6615090091873
9012101M3112319MEX<01<<04094<5
VAZQUEZ<AGUILAR<<GUADALUPE<<<<

0 0307

7224361277

OPERADO
30 SEP 2020

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

FECHA	DIA	MES	AÑO
	20	05	26

0 0308

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una despensa

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Lopez	Anzastiga	Ayari

CURP: LOAA050225MMCPNYA6 FECHA DE NACIMIENTO: 25/02/2005 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 21 TELEFONO: 5624467427

REFERENCIA DOMICILIARIA

CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR
C. Las Lomas 60		60

MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD
Merapa	San José Merapa	San Jose Merapa

ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES
Estado de México	52613	

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [ ] ZONA RURAL [X]

¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

¿ beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE		HIJAS(OS)		PADRES		HERMANOS		SOBRINOS	
ABUELOS		OTROS							

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: Primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO [X] NO

OPERADO

30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0309

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Lopez Anzustiga Ayari

DOMICILIO: C, Las palmas 60 San Jose Nexapa

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: 5524467427

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0310

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Lopez Anzastiga Ayari

OPERATO

30 SEP 2026



0 0311

5624467427

OPERADO

30 SEP 2023

CEDULA DE ENTREGA DE APOYO

2026

INSTANCIA EJECUTORA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus datos según corresponda; al finalizar, firme la solicitud.

DIF TIANGUISTENCO Ayuntamiento 25-27

0 0312

FECHA	DIA	MES	AÑO
	20	05	26

DATOS GENERALES BENEFICIARIO(A)

TIPO DE APOYO: Una despensa

Escamilla	Gomez	Alondra
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

CURP: EAGA030710MMCSMLA6 FECHA DE NACIMIENTO: 10/07/2003 (DÍA / MES / AÑO)

PAÍS DE NACIMIENTO: México GENERO: H [X] RFC:

NGUA MATERNA: Español ENTIDAD DE NACIMIENTO: Estado de México

DISCAPACIDAD / APTITUD DIFERENCIADA: NO EDAD: 23 TELEFONO: 722 564 5152

REFERENCIA DOMICILIARIA

Benito Juarez 10		10
CALLE	NO: INTERIOR	NO. EXTERIOR

Tianguistenco	Santiago Tilapa	Santiago Tilapa
MUNICIPIO	COLONIA	LOCALIDAD

Estado de México	52650	
ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL	ENTRE CALLLES

REFERENCIA DOMICILARIA

IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

EL HOGAR SE ENCUENTRA EN: ZONA URBANA [X] ZONA RURAL [ ] ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) SI [ ] NO [X]

beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal? SI [ ] CUAL: [ ] NO [X]

¿Tiene dependientes economicos? SI [ ] NO [X]

Especifique el número de personas de cada caso

CONYUGUE		HIJAS(OS)		PADRES		HERMANOS		SOBRINOS	
		ABUELOS		OTROS					

La casa donde vive es actualmente PROPIA [ ] RENTADA [ ] PRESTADA [ ] OTRA [ ]

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS: primaria ES JEFE (A) DEFMAILIA: NO

ENTREGA DE APOYO

RECIBI APOYO [X] NO [ ]

OPERADO
30 SEP 2026

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Santiago Tianguistenco, México a 10 de Julio del 2026

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0313

Por medio de la presente me dirijo a Usted para AGRADECER la donación de **Una Despensa** la cual me permitirá mejorar mi situación en la que me encuentro.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Escamilla Gomez Alondra

OPERADO

30 SEP 2026

Santiago Tianguistenco, México a 20 de Mayo del 2026

ASUNTO: PETICIÓN

C. EMILIANO GARDUÑO OLEA
PRESIDENTE HONORIFICO DEL SISTEMA MUNICIPAL
DIF TIANGUISTENCO
PRESENTE

0 0314

Por medio de la presente me dirijo a Usted para solicitar su apoyo con la donación de **Una Despensa,** ya que me encuentro vulnerable por cuestiones de ingresos económicos.

Dicho apoyo representa para mí una gran ayuda y contribuye significativamente a mejorar mi situación alimentaria y la de mi familia.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me despido de Usted.

ATENTAMENTE

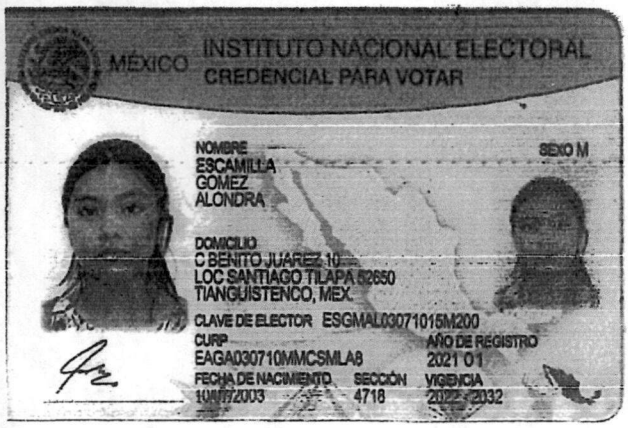
FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: Bocanilla Gomez Alondra

DOMICILIO: Benito Juarez 10 Santiago Tilapa

OPERADO
30 SEP 2026

TELÉFONO: _____

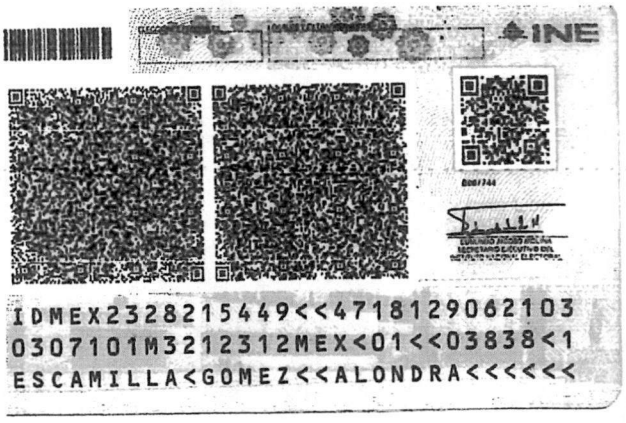

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
ESCAMILLA
GOMEZ
ALONDRA

SEXO M

DOMICILIO
C BENITO JUAREZ 10
LOC SANTIAGO TILAPA 52650
TIANGUISTENCO, MEX.

CLAVE DE ELECTOR ESGMAL03071015M200
CURP
EAGA030710MMCSMLA8
AÑO DE REGISTRO
2021 01
FECHA DE NACIMIENTO
10/07/2003
SECCIÓN
4718
VIGENCIA
2022 - 2032


INE

IDMEX2328215449<<4718129062103
0307101M3212312MEX<01<<03838<1
ESCAMILLA<GOMEZ<<ALONDRA<<<<<<

0 0315

722 564 51 52

OPERADO
30 SEP 2022