



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
 SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA
 COORDINACIÓN ESTATAL DEL PROGRAMA ESCUELAS DE
 TIEMPO COMPLETO
 CICLO ESCOLAR 2018-2019



NOVIEMBRE

ESCUELA: CLAVE: ZONA:
 SECTOR: LOCALIDAD:
 MUNICIPIO:

CANTIDAD A COMPROBAR POR LOS DÍAS HÁBILES DEL MES DE NOVIEMBRE (19 DÍAS) MONTO TOTAL \$ _____

CALENDARIO NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
				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	26	27	28	29	30	
22 Días						

INICIO Y TERMINO
 DEL DIA ____ AL ____ NOVIEMBRE

TIPO DE SERVICIO:	
PROVEEDOR	
COMITÉ DEL SERVICIO DE ALIMENTACION	

CALENDARIO NOVIEMBRE						
D	L	M	M	J	V	S
				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	26	27	28	29	30	
Servicio de Alimentación: 19 Días						

SELECCIONE CON COLOR AZUL LOS DIAS OTORGADOS DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

NOTIFICAR SI HUBO SUSPENSIÓN DE ALIMENTACION:

ANVERSO: FIRMAS DE DIRECTOR, COOR. DE ALIMENTO, APF, CONAPASE, CONTRALORIA SOCIAL,
 Vo.Bo.SUPERVISOR. (EN CASO DE PROVEEDOR FIRMA)