



CHIHUAHUA
GOBIERNO MUNICIPAL 2016-2018



FORMATO DE REPORTE MENSUAL DEL SUBSIDIO

Nombre de la asociación beneficiaria

SANTA MARIA DE LOS NIÑOS AC

Mes y Año de Comprobación

oct-19

Polio	Monto
DDED1CB71C3C	\$1,132.69
190D67FAE28C	\$348.56
EFBCH6540892	\$885.00
3003B57B091F	\$595.07
0207191000005516	\$599.00
COD68401CE19	\$473.00
CB5A7758365E	\$473.00
MONTO TOTAL	\$4,506.32

RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN

NOMBRE

CORINA CASTAÑEDA CARLOS

FIRMA

FECHA

8-11-19



dic-19

8-01-2020