



AC'S SUBSIDIO

FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria:

PROMOTORA PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO, AC

Mes y Año de Comprobación:

AGOSTO DEL 2020

[illegible]**Responsable de la Comprobación:**

Nombre: CECILIA FERNANDEZ ITURRIZA

Firma: _____

Fecha de entrega	24-sep-20
------------------	-----------