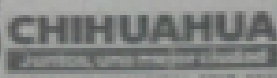




Fecha de entrega



FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

CASA HOGAR DE NIÑAS DE CHIHUAHUA A.C.

Mes y Año de Comprobación:

pub-20

[illegible]

Responsible de la Comprobación:

Nombre:

Firma:

Fecha de entrega