



AC'S VINCULANTES

FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria

ASOCIACIÓN NACIONAL PRO SUPERACIÓN PERSONAL A.C.

Mes y Año de Comprobación:

Septiembre, 2021

[illegible]

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Ma. Guadalupe Noriega Carrasco

Firma:

Fecha de entrega