





FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociacion beneficiaria:

AKAM SURA

Mes y Año de Comprobación:

MARZO

[illegible]

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

on: Alexandro Gurre Torres

Firma:

31/03/22

Fecha de entrega