





FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociacion beneficiaria:**CASAS DE CUIDADO DIARIO INFANTILES AC****Mes y Año de Comprobación:**

feb-22

[illegible]

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Mariana Reza Ulloa

Firma:

01/03/2022

Fecha de entrega

