

AC'S VINCULANTES

FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria:**CARITAS DE CHIHUAHUA IBP****Mes y Año de Comprobación:**

may-22

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

Nombre:

MANUEL GILBERTO TORRES G.

Firma:

Fecha de entrega

may-22