



AC'S VINCULANTES		
FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociación beneficiaria:		
Centro de Estudios para Invidentes, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
abr-23		
Folio de la factura	Descripción	Monto
Sánchez Marín Margarita	EF4557DB-926C-4F70-9F12-784F30637B40	\$5,746.04
Sánchez Marín Margarita	5C42BF58-D0B0-4D2C-9BB6-F582C575BCC7	\$5,746.04
Ferdinando Hernández	FF50E6E5-6544-42BC-9E07-8BD5CD0524F7	\$3,422.76
Ferdinando Hernández	4CEB3366-05B8-4577-9074-6396E80DE6DD	\$3,422.76
Cecilia Chávez Ponce	BF4F994A-153D-4DF1-8B65-2BB5984EEE02	\$6,164.00
Cecilia Chávez Ponce	BA99BE81-7D28-4E03-9E39-CC502FE505FE	\$6,164.00
Damián Sánchez	442993DA-2FDD-4988-A824-6E092F874512	\$4,793.70
Damián Sánchez	0B6FBE9F5862	\$4,793.70
Alejandra Rodríguez	2697EFED-7F64-4BFD-9C3F-9FC2ADB129C5	\$6,790.04
Alejandra Rodríguez	3CF13D37-147C-43D1-BB6A-50F7AFB70CA5	\$2,956.96
Monto Total:		\$50,000.00

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Firma:

Fecha de entrega

Liliana Chagarro

12/05/2023



AC'S VINCULANTES		
FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociación beneficiaria:		
Centro de Estudios para Invidentes, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
may-23		
Folio de la factura	Descripción	Monto
Sánchez Marín Margarita	1B6C5916-4651-42F7-963B-1F5083BE2A51	\$5,746.04
Sánchez Marín Margarita	64C3A8CB-27C7-454C-97A4-13703626FBB0	\$5,746.04
Ferdinando Hernández	EA0C60C1-69AF-48A5-9133-921D257592DC	\$3,422.76
Ferdinando Hernández	1930D01D-D63F-47AA-94CD-7891F33F9EFE	\$3,422.76
Cecilia Chávez Ponce	E97F6E79-306F-4193-BAA4-A184AC9A74BA	\$6,164.00
Cecilia Chávez Ponce	949A4452-922D-4EDD-9AA9-F88E570F4040	\$6,164.00
Damián Sánchez	03184F20-7CD3-49CE-BE38-9795B6D88EB2	\$4,793.70
Damián Sánchez	9A454B2E-02CA-4012-82C1-5412F1BDE291	\$4,793.70
Alejandra Rodríguez	4692FBB0-3397-440B-8B21-AB9FFDFAFE1C	\$6,790.04
Alejandra Rodríguez	8D435D61-AA1F-417E-AE26-824EAD93A66F	\$2,956.96
Monto Total:		\$50,000.00

PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL
PROPORCIONAL

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Firma:

Fecha de entrega

Liliana Chagarro

12/06/2023