



## FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria:

Fundación CIMA Chihuahua, A.C.

Mes y Año de Comprobación:

Agosto de 2023

| Folio de la factura                  | Descripción                                                | Monto         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| 2FFAD743-E8A6-4A66-80CA-E9725EBAE320 | Pago parcial a MARIO ALONSO CERA                           | \$ 4,849.60   |
| 91BC4C0A-D938-4861-917E-B8516796FEC9 | Pago parcial a MARIO ALONSO CERA                           | \$ 4,849.60   |
| 23N001679                            | Pago parcial a Servicios Hospitalarios de México, SA de CV | \$ 10,488.00  |
| 23N2000755                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000756                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000757                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000759                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000760                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000761                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000762                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000763                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000764                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| 23N2000765                           | Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, SA de CV  | \$ 7,981.28   |
| Monto Total:                         |                                                            | \$ 100,000.00 |

Responsable de la Comprobación:

Nombre: Lic. Thelma Manzano Trevizo

Firma:

Fecha de entrega 4 de agosto de 2023.



### FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria:

**Fundación CIMA Chihuahua, A.C.**

Mes y Año de Comprobación: \_\_\_\_\_

Agosto de 2023

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

**Lic. Thelma Manzano Trevizo**

**Nombre:**

Lic. Thelma Manzano Trevizo

Firma:

**Fecha de entrega**

10 de septiembre de 2023