



AC'S VINCULANTES		
FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociación beneficiaria:		
Fundación CIMA Chihuahua, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
Enero de 2023		
Folio de la factura	Descripción	Monto
1062960	Pago total de factura a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	13,699.04
1063729	Pago parcial de factura a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	10,000.00
F-637	Pago parcial de factura a Mario Alonso Cera	6,349.60
1064964	Pago total de factura a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	3,792.28
F-638	Pago parcial de factura a Mario Alonso Cera	6,349.60
F-639	Pago parcial de factura a Mario Alonso Cera	6,349.60
1065965	Pago total de factura a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	14,638.12
1070064	Pago total de factura a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	16,120.18
F-644	Pago parcial de factura a Mario Alonso Cera	9,894.56
49441	Pago parcial de factura a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	37,807.02
Monto Total:		125,000.00

Responsable de la Comprobación:

0.00

Nombre:

Lic. Thelma Manzano Trevizo

Firma:

Fecha de entrega

10/02/2023

70