



FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociación beneficiaria:

Fundación CIMA Chihuahua, A.C.

Mes y Año de Comprobación:

Marzo de 2024

Folio de la factura	Descripción	Monto	Valor de la factura
24N2000959	Pago parcial a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	2,000.00	10,290.55
24N002051	Pago total a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	13,269.97	13,269.97
24N002238	Pago total a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	29,778.60	29,778.60
24N2000970	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,646.42	10,646.42
24N2000976	Pago parcial a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	4,305.01	9,853.23
24N002232	Pago parcial a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	20,000.00	59,557.22
24N002016	Pago parcial a Servicios Hospitalarios de México, S.A. de C.V.	20,000.00	59,557.22
	Monto Total:	100,000.00	

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Lic. Thelma Manzano Trevizo

Firma:

Fecha de entrega

01/04/2024