FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociacion beneficiaria:		
Instituto José David, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
mar-24		
Folio de la factura	Descripción	Monto
RN13175	Porras Yañez Noemí	$ 6,684.37
RN13187	Cueto García Daniela	$ 3,750.05
RN13193	Albarrán Rascón Carmen Yadira	$ 6,479.54
RN13168	Acosta Anchondo Karina Lizeth	$ 6,549.98
RN13206	Torres Gómez María Paula	$ 5,749.94
RN13223	Porras Yañez Noemí	$ 6,684.37
RN13229	Cueto García Daniela	$ 3,750.05
RN13209	Albarrán Rascón Carmen Yadira	$ 6,479.54
RN13208	Acosta Anchondo Karina Lizeth	$ 6,549.98
RN13219	Torres Gómez María Paula	$ 2,322.18
	Monto Total:	**$ 55,000.00**

Responsable de la Comprobación: Dirección General

Nombre: M.I.D.A. Paulina Tarango Yong

Firma:

Fecha de entrega 04/04/2024