Chihuahua capital de trabajo y resultados

DIF Municipal

FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS			
Nombre de la Asociacion beneficiaria:			
ALBERGUE SAN VICENTE DE PAUL			
Mes y Año de Comprobación:			
			mar-24
Folio de la factura	Descripción		Monto
E5118462-1B12-467D-8123-3F1E5A0F22	NOMINA SEMANA 10 CLAUDIA ORTEGA	$	1,710.43
85D00A62-EEC7-456C-A416-CCA6A1E45	NOMINA SEMANA 10 GUADALUPE HERNANDEZ	$	2,655.64
	COMISION POR TRASPASO A OTROS BANCOS	$	7.00
	IVA COMISIONES	$	1.12
6245B0D2-4F10-4342-AD52-50D9F028D	NOMINA SEMANA 10 SANDRA LUZ ESTRADA	$	2,728.88
	COMISION POR TRASPASO A OTROS BANCOS	$	7.00
	IVA COMISIONES	$	1.12
F72ABD8B-947A-45C6-A0B1-E33263	NOMINA SEMANA 10 MONICA TORRES	$	2,728.88
	COMISION POR TRASPASO A OTROS BANCOS	$	7.00
	IVA COMISIONES	$	1.12
	COMISIÓN BANCARIA	$	19.26
	IVA COMISIONES	$	3.08
	COMISIÓN BANCARIA	$	20.00
	IVA COMISIONES	$	3.20
	COMISIÓN BANCARIA	$	20.00
	IVA COMISIONES	$	3.20
30CA6355-B63E-6442-BAF3-FB04CFE7E4	JMAS CHIHUAHUA CHEQUE 382	$	6,050.00
	Monto Total:	$	15,966.93

ALBERGUE SAN VICENTE DE PAUL
VOLUNTARIAS VICENTINAS DE CHIHUAHUA, A.C.

Responsable de la Comprobación:

Nombre: ING. MÓNICA TORRES ACEVEDO

Firma: Mónica Torres

Fecha de entrega 04/04/2024