



48-may-24

**FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS****Nombre de la Asociación beneficiaria:****CENTRO DE INTELIGENCIA FAMILIAR AC****Mes y Año de Comprobación:**

may-24

Folio de la factura**Descripción****Monto**

1 a15983c6-375d-4e6a-a688-f738b333	Mireya Estrada Polanco	\$ 15,000.00
2 9df8eea4-837a-4314-9b20-1e85c389	Mariana Balaguer Lara	\$ 15,000.00
3 729abc37-af2b-44fd-996c-77654360	Santiago Campos Chavez	\$ 15,000.00
4 c9f4f492-461f-4052-8a2c-ff8e70c95f	Ofelia Chavez Moreno	\$ 15,000.00
5 36879c55-8332-4559-be69-be10aee4	Laura Berenice Elias Hinojos	\$ 10,966.85
Estado de cuenta	Impuestos retenidos asimilados a salarios mayo 2024	\$ 7,813.00

Monto Total: \$ 78,779.85**Responsable de la Comprobación:**

MIREYA ESTRADA POLANCO

Nombre:

MIREYA ESTRADA POLANCO

Firma:**Fecha de entrega**

27-jun-24