



FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociación beneficiaria:		
Cruz Roja Mexicana		
Mes y Año de Comprobación:		
Del 01 de Julio 2024 al 31 de julio de 2024		
Folio de la factura	Descripción	Monto
48524	ALMA ROSA HERNANDEZ TERAN	\$ 28,684.71
49179	ALMA ROSA HERNANDEZ TERAN	\$ 41,510.79
1287	JESUS MANUEL SOLANO LUCERO	\$ 52,278.35

Responsable de la Comprobación:

Nombre:

Firma:

Fecha de entrega

Tomas Osbaldo Herrera Villanueva

Tomas Osbaldo Herrera Villanueva

28/08/2024

**CRUZ ROJA
MEXICANA**
DELEGACIÓN CHIHUAHUA