FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociacion beneficiaria:		
Instituto José David, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
jun-25		
Folio de la factura	Descripción	Monto
RN 14439	Acosta Anchondo Karina Lizeth	$ 7,000.52
RN 14434	Albarrán Rascón Carmen Yadira	$ 6,483.77
RN 14420	Gónzalez Rivera Sabrina	$ 4,328.29
RN 14436	Porras Yañez Noemí	$ 7,000.52
RN 14435	Torres Gómez María Paula	$ 5,922.47
RN 14452	Acosta Anchondo Karina Lizeth	$ 7,000.52
RN 14451	Albarrán Rascón Carmen Yadira	$ 6,483.77
RN 14458	Porras Yañez Noemí	$ 7,000.52
RN 14461	Torres Gómez María Paula	$ 5,922.47
	Monto Total:	**$ 57,142.85**

Responsable de la Comprobación: Dirección General

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

Firma:

Fecha de entrega 07/07/2025