



FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS

Nombre de la Asociacion beneficiaria:

CASAS DE CUIDADO DIARIO INFANTILES AC

Mes y Año de Comprobación:

MAYO DE 2026

Folio de la factura

Descripción

Monto

F-6959836 ✓	Botiquin para CCD (Farmacias Similares) ✓	\$	9,646.21
-------------	---	----	----------

f-2220 ✓	Cintas antiderrapantes (Alberto Zubia Ibarra) ✓	\$	12,666.72
----------	---	----	-----------

f-4212 ✓	Servicios de fumigación a CCD (María Isabel Barradas Morales) ✓	\$	✓	35,819.00
----------	---	----	---	-----------

F-318	✓	Examen Psicológico a MC (Yuritza Guadalupe Portillo Flores)	✓	\$	✓	12,890.00
-------	---	---	---	----	---	-----------

Monto Total:	\$	71,021.93
--------------	----	-----------

Responsable de la Comprobación

Nombre:

Mariana Reza Ulloa

Firma:

17/06/2026

Fecha de entrega