FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS		
Nombre de la Asociacion beneficiaria:		
Fundación CIMA Chihuahua, A.C.		
Mes y Año de Comprobación:		
Junio de 2024		
Folio de la factura	**Descripción**	**Monto**
1 26N2002057	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,705.18
2 26N2002058	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,705.18
3 26N2002052	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,676.28
4 46N2002053	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,676.28
5 26N2002246	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	9,926.03
6 26N2002047	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	9,926.03
7 26N200239	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,739.71
8 26N2002040	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	10,739.71
9 26N2002044	Pago total a Servicios Oncológicos de Chihuahua, S.A. de C.V.	9,663.12
10 26N2002045	Pago parcial a Servicios Oncológicos Chihuahua, S.A. de C.V.	6,242.48
	Monto Total:	**100,000.00**

Responsable de la Comprobación:

Nombre: Lic. Thelma Manzano Trevizo

Firma:

Fecha de entrega 01/06/2026