FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE COMPROBACIÓN DE GASTOS			
Nombre de la Asociacion beneficiaria:			
Instituto José David, A.C.			
Mes y Año de Comprobación:			
may-26			
	Folio de la factura	Descripción	Monto
1	RN 15323	Acosta Anchondo Karina Lizeth	$ 7,671.11
2	RN 15324	Albarrán Rascón Carmen Yadira	$ 6,833.21
3	RN 15331	Gónzalez Rivera Sabrina	$ 6,622.42
4	RN 15344	Guerrero López Ahtziri Deyanira	$ 6,622.43
5	RN 15345	Mariscal Villarreal Luisa Fernanda	$ 1,536.94
6	RN 15335	Navarro Chacón Karla Paola	$ 5,157.98
7	RN 15347	Pedroza Terrazas Natalia	$ 6,401.01
8	RN 15332	Porras Yañez Noemí	$ 7,671.11
9	RN 15329	Rodríguez Martínez Andrea Nallely	$ 5,000.00
10	RN 15334	Sigala Rochin Diana Angélica	$ 4,065.50
11	RN 15336	Torres Gómez María Paula	$ 6,175.74
12	RN 15325	Vega Anchondo Jessica Guadalupe	$ 7,671.12
		Monto Total:	**$ 71,428.57**

Responsable de la Comprobación: Dirección General

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

Firma:

Fecha de entrega 05/06/2026