



PROGRAMA ESCUELA SIEMPRE ABIERTA



ESCUELA		CLAVE CCT		ZONA		SECTOR	
DOMICILIO		LOCALIDAD		MUNICIPIO		TELEFONO	
MONTO RECIBIDO \$						FECHA	

FECHA DEL GASTO	DESCRIPCION DEL GASTO	COMPROBANTE	Nº DE FACTURA	CANTIDAD DEL GASTO	SALDO POR EJERCER
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
					\$ -
TOTAL DEL GASTO				\$ -	\$ -
OBSERVACIONES					

 PROFR.(A)
 DIRECTOR DEL PLANTEL

SELLO DE LA ESCUELA

SELLO DE RECIBIDO

