### INFORME TRIMESTRAL de ASISTENCIA PROVISTA

**OTROS PROGRAMA DE SERVICIO PÚBLICO COVID-19 (FORMULARIO DV-CV-SP-013)**

**Municipio:** Click or tap here to enter text. **Periodo:** **de diciembre a diciembre del 2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de los solicitantes** | **Dirección** | **Monto de la subvención** | **Concepto** | **Fecha de otorgación o rendición del servicio** | **Comentarios** |
|  |  | $ |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |

**Recuerde incluir copia cheque emitido al proveedor.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre Director** |  | **Fecha** |
|  |  |  |
| **Firma** |  |  |