

Original - A.C.C.
1ra. Copia - Funcionario
2da. Copia - Agencia

AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

PRIFAS

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:

CT	AGEN	Num. Doc.	Fecha	Importe Total
RV			\$	-

Del _____ al _____ de _____ de _____

Nombre del Funcionario _____ CD Núm. Seguro Social _____ Comentarios _____

Proyecto PRIFAS

Dirección Oficial

Dirección Residencial

Teléfono: _____

Linea	Descripción	Importe	Cuenta	Fondo	Org.	Prog.	Asig.	Año	Aportación Federal
Linea de Distribución (Cifra de Cuenta)									
Autorización de Automóvil									

Orden de Viaje		Fecha		Automóvil Privado		Automóvil Público		Dietas		Alojamiento		Otros Gastos		Total Diario	
Fecha	Descripción del Viaje	Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe	Importe	Dietas	Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario				
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Regl. Núm. 37, Gastos de Viaje														
Totales															

Certifico que realicé los viajes y que no se me han reembolsado los gastos incurridos.

Certifico que he examinado este comprobante y está de acuerdo con la reglamentación de gastos de viaje vigente; y que no he recomendado anteriormente la aprobación del mismo.

Fecha _____ Nombre y Firma del Funcionario _____ Teléfono _____

Nombre y Firma Jefe, Agencia o su Repte. Autorizado _____ Teléfono _____

Certifico que este pago puede cargarse a la asignación o fondo arriba indicado; Que no he efectuado el pago de este comprobante, por el cual emite el Cheque

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA

Aprobado por:

Núm. _____ De fecha _____

Nombre y Firma _____

Fecha _____ Nombre y Firma OPE _____ Teléfono _____

Nombre y Firma _____

Certifico que he examinado esta cuenta, y está de acuerdo con la reglamentación de gastos de viaje vigente.

Fecha _____ Nombre y Firma Supervisor Inmediato _____ Teléfono _____

Fecha _____ Título _____ Teléfono _____

PRIFAS

