

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

AGENCIA

DIRECCIÓN

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

PRIFAS

Del _____ al _____ de _____ de _____

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:		
CT	AGEN Núm. Doc.	Fecha
RV	\$	Importe Total

Nombre del Funcionario		CD	Núm. Seguro Social	Comentarios	
Dirección Oficial		Dirección Residencial			

Proyecto PRIFAS

Teléfono: _____

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

Fecha	Descripción del Viaje	Horas de		Automóvil Privado		Automóvil Público	Dietas	Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario
		Salida	Regreso	Millas	Importe					
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.

Nombre y Firma del Funcionario _____ Fecha _____

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

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA

Aprobado por: _____

Núm. _____ De fecha _____

Contra el banco _____

Fecha _____ Nombre y Firma OPE _____ Teléfono _____

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

