

Original - A.C.C.
Ira. Copia - Funcionario
PRIFAS

Agencia
COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:				Del _____ al _____ de _____ de _____			
CT	AGEN	Núm. Doc.	Fecha	Importe Total			
RV				\$	-		

Nombre del Funcionario		CD	Núm. Seguro Social		Comentarios		
Dirección Oficial				Dirección Residencial			
Proyecto PRIFAS							
Teléfono: _____							

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

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	Importe				
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Regl. Núm. 37, Gastos de Viaje									
TOTALES										

PARA USO DE LA AGENCIA

Certifico que realicé los viajes y que no se me han reembolsado los gastos incurridos. _____ Fecha Nombre y Firma del Funcionario Teléfono	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 Jefe, Agencia o su Repte. Autorizado Teléfono
--	---

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA

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 Núm. _____ De fecha _____ Contra el banco _____ _____ Fecha Nombre y Firma OPE Teléfono	Aprobado por: _____ 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