

Ira. Copia - Funcionario
2da. Copia - Agencia
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
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Regl. Núm. 37. Gastos de Viaje	Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe				
Totales										

PARA USO DE LA AGENCIA									
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	Fecha	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				
Núm. _____ De fecha _____					Aprobado por:				
Contra el banco					_____				
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