

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

AGENCIA \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

PRIFAS

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 Repl. Núm. 37. Gastos de Viaje									
<b>Totales</b>										

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA**

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