Modelo SC 722
19 febrero 13

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Anejo III

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 Télefono:	

Linea			Linea 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						

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

Conservación: Seis años o una intervención del Contralor lo que ocurra primero.