

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: _____										
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				
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.					
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 _____ Contra el banco _____					Aprobado por: _____					
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

