

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

PRIFAS

AGENCIA _____
DIRECCIÓN _____
COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

Del _____ al _____ de _____ de _____

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:		Nombre del Funcionario		CD	Núm. Seguro Social	Comentarios							
CT	AGEN	Núm. Doc.	Fecha	Importe Total									
RV				\$	-								
Proyecto PRIFAS		Dirección Oficial		Dirección Residencial									
Linea		Descripción		Importe	Cuenta	Linea de Distribución (Cifra de Cuenta)							
						Fondo	Org	Prog.	Asig.	Año	Aportación Federal		
Orden de Viaje		Fecha		Autorización de Automóvil									
Fecha	Descripción del Viaje		Horas de		Automóvil Privado		Automóvil Público		Días		Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Recl. 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.					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 Repr. 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					Nombre y Firma								
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.					Nombre y Firma Supervisor Inmediato								
Fecha	Nombre y Firma Supervisor Inmediato			Teléfono	Fecha	Nombre y Firma			Teléfono				

