

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

AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____

PRIFAS

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

Del _____ al _____ de _____ de _____

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:			Importe Total	
CT	AGEN	Num. Doc.	Fecha	Importe Total
RV		\$		-
Nombre del Funcionario		CD	Num. Seguro Social	Comentarios

Dirección Oficial _____ Dirección Residencial _____

Proyecto PRIFAS _____

Teléfono: _____

Línea	Línea de Distribución (Clira 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	Total Diario
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Reel. Núm. 37. Gastos de Viaje.	Salida	Millas	Importe	Otros Gastos
		Regreso	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 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 _____

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

