

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	Num. Seguro Social		Comentarios							
CT	AGEN	Num. Doc.	Fecha	\$	Importe Total									
RV														
Proyecto PRIFAS		Dirección Oficial		Dirección Residencial										
Linea		Importe		Cuenta		Fondo		Org.		Prog.	Asig.	Año	Aportación Federal	
Linea de Distribución (Citra de Cuenta)														
Orden de Viaje		Fecha		Autorización de Automóvil		Fecha								
Fecha	Description del Viaje	Horas de Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe	Días	Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario				
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Regl. Num. 37, Gastos de Viaje.													
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 Repre. 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		De fecha		Aprobado por:		PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA								
Núm.		De fecha		Nombre y Firma OPE		Teléfono		Nombre y Firma						
Contra el banco		Nombre y Firma Supervisor Inmediato		Teléfono		Fecha		Título		Teléfono				
Fecha		Nombre y Firma Supervisor Inmediato		Teléfono		Fecha		Título		Teléfono				
PRIFAS														

