

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

Agencia \_\_\_\_\_

**COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE**

PRIFAS

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO: Del \_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

CT	AGEN Bus. Unit	Núm. Doc.	Fecha	Importe Total
RV				\$ -

Nombre del Funcionario	CD	Núm. Seguro Social	Comentarios
------------------------	----	--------------------	-------------

Dirección Oficial	Dirección Residencial
-------------------	-----------------------

Proyecto PRIFAS	Teléfono:
-----------------	-----------

Descripción	Importe	Línea de Distribución (Cifra de Cuenta)												
		Cuenta *Resource Category	*Resource Sub Category	Fondo	Org.	Prog.	Asig. *Resource Type	Año	*Activity ID.	*Project ID.	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 requerid por el Regl. Núm. 37, Gastos de Viaje	Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe				
Totales										

**PARA USO DE LA AGENCIA**

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 _____

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA**

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	Aprobado por:
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

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

\* Aplica a aquellos proyectos dentro de las agencias que tienen el módulo de Grant en el Sistema PRIFAS