

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

AGENCIA _____

DIRECCIÓN _____

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

Del ____ al ____ de ____ de ____

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO:

CT	AGEN	Núm. Doc.	Fecha	Importe Total
RV				\$ _____

Nombre del Funcionario _____

CD _____

Núm. Seguro Social _____

Comentarios _____

Dirección Oficial _____

Dirección Residencial _____

Proyecto PRIFAS _____

Telefono: _____

Linea	Descripción	Importe	Cuenta	Fondo	Org.	Prog.	Asig.	Año	Aportación Federal
Linea de Distribución (Cifra de Cuenta)									

Orden de Viaje	Fecha	Autorización de Automóvil		Fecha

Fecha	Descripción del Viaje	Horas de Salida	Regreso	Automóvil Privado Millas	Automóvil Público Importe	Dietas	Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario
M-D-A	Incluya toda la información requerida por el Repl. Núm. 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 _____

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
Aprobado por: _____

Núm. _____ De fecha _____

Fecha _____ Nombre y Firma OPE _____ Teléfono _____

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