

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

AGENCIA _____
DIRECCIÓN _____

PRIFAS

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO: Del ____ al ____ de ____ de ____

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

Nombre del Funcionario		CD	Núm. Seguro Social	Comentarios
Dirección Oficial		Dirección Residencial		
Proyecto PRIFAS		Teléfono: _____		

Línea		Línea de Distribución (Cifra 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	Dietas	Alojamiento	Otros Gastos	Total Diario
		Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe				
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 _____	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 _____	PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA Aprobado por: _____ _____ 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 _____

PRIFAS