Modelo SC 722
7-jul-2026

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Original - A.F.P
1ra. Copia - Funcionario
2da. Copia - Agencia

ÍntegraPR

Agencia

Dirección

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

Del ____ al ______ de __________ de _____

IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO:				
CT	Agen	Núm. Doc.	Fecha	Importe Total
				$ -

Nombre del Funcionario	CD	Núm. Seguro Social	Comentarios

Dirección Oficial	Dirección Residencial
Télefono:	

Línea	Línea de Distribución (Cifra de Cuenta)									
Descripción	Importe	Fondo	Agencia	Centro Costo	Programa (PAS)	Año Pres.	Asig	Cuenta	Proyecto	Interfondo

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 requerida por el Regl. Núm. 37, Gastos de Viaje	Salida	Regreso	Millas	Importe	Importe				
			Totales							

Certifico que realicé los viajes y que no se me han reembolsado los gastos incurridos.

Fecha | Nombre y Firma del Funcionario | Teléfono

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 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

Fecha | Título | Teléfono

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