

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

Agencia _____

COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

PRIFAS

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										
				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
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.					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					PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE HACIENDA					
Núm. _____ De fecha _____					Aprobado por:					
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

