Modelo MC 006

Rev. Junio 1999

2. Referencia Bloque / Sesión F.A.		2. Ref. Bloque / Sesión A.P.	
Batch or Session Id		**Batch or Session Id**	
Fecha		Fecha	
Date		**Date**	
Número del Banco	01	Número del Banco	30
Bank Number		**Bank Number**	
Año Fiscal y Unidad	86	Año Fiscal y Unidad	86
Fiscal Year & Campus Code		**Fiscal Year & Campus Code**	

Universidad de Puerto Rico - Junta de Síndicos

1. UNIDAD INSTITUCIONAL

3. NUM. DE COMPROBANTE
REFERENCIA NO. 2

4. NOMBRE, DIRECCION Y NUM DE IDENTIFICACION (SEG SOC)

LIQUIDACION Y COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

A. LIQUIDACION DE GASTOS DE VIAJE

5. CUENTA DEBITADA **DEBIT ACCOUNT**	6. CT **DIGIT 3 OF TC**		7. SE **ECONOMIC SECTOR**	8. NUMERO DOCUMENTO **REF. NO. 1**	9. FECHA **DATE**	10. DESCRIPCION **DESCRIPTION**	11. CANTIDAD **AMOUNT**	12. P/F **P/F**	13. CUENTA ACREDITADA **CREDIT ACCOUNT**	14. SE **ECONOMIC SECTOR**
	06	9	00							00
	06	9	00							00
	06	9	00							00
	06	9	00							00
	06	9	00							00
	06	9	00							00

B. COMPROBANTE DE GASTOS DE VIAJE

	14	9	00				
	14	9	00				
	14	9	00				
	14	9	00				
	14	9	00				

15. FECHA	16. DESCRIPCION DEL VIAJE	17. HORA DE SALIDA	17. HORA DE LLEGADA	18. DIETAS	19. TRANSPORTACION MILLAS	19. TRANSPORTACION IMPORTE	20. ALOJAMIENTO	21. OTROS GASTOS	22. TOTAL
						$0.00	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**
						0.00	**0.00**	**0.00**	**0.00**
						0.00	**0.00**	**0.00**	**0.00**
	Escriba en el encasillado rojo el número de personas adicionales al solicitante, que viajaron en el mismo vehículo. Se añadiran 3 centavos por cada milla.								
		Gran Total		**$0.00**	**0**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**	**$0.00**

23. Certifico que incurrí en todos los gastos arriba indicados de acuerdo con la Certificación de la orden expedida a mi favor y que:

- ☐ No se me han reembolsado los gastos que incurrí.
- ☐ Se me concedió un Anticipo de :
  Gasté:
- ☐ Solicito reembolso de :
  O devuelvo sobrante de:
  Número de Recibo:

Fecha | Solicitante

24. Certifico que el Funcionario tiene derecho a cobrar por los gastos que solicita reembolso y que no he autorizado previamente esta cuenta.

Fecha | Funcionario que autorizó el viaje o su Representante Autorizado

25. VERIFICACION

Cómputos:

Cifra de la cuenta:

Exactitud, Legalidad y Firmas:

26. Certifico que este comprobante ha sido debidamente examinado y que el pago no ha sido efectuado previamente; y que es un cargo correcto a la asignación o fondo que se indica.

Fecha | Director de Contabilidad o su Representante Autorizado

27. Cheque Número

Fecha

Cantidad

Por Total de Gastos ☐

Por Gastos en exceso a lo Anticipado ☐

Firma del Oficial Pagador

RESET

SAVE

PRINT