

INSTITUTO SONORENSE DE EDUCACIÓN PARA LOS ADULTOS

COMPROBACIÓN DE GASTOS DE TRASLADO

FECHA: _____

UNIDAD DE
ADSCRIPCIÓN: _____

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO COMISIONADO

NOMBRE: _____

PUESTO: _____

R.F.C.: _____

ANTECEDENTES DE LA COMISIÓN

POLIZA DE CHEQUE No.: _____

LUGAR (ES): _____

INICIO TERMINACIÓN: No. DE DIAS: _____

LIQUIDACIÓN:

GASTOS RECIBIDOS	\$	_____
GASTOS DEVENGADOS	\$	_____
DIFERENCIA	\$	_____

FECHA			LUGAR	TRASLADO		
D	M	A		PASAJES	CASETA	GASOLINA

OBSERVACIONES:

SERVIDOR P. COMISIONADO

TITULAR DEL AREA DE
ADSCRIPCIÓN

NOTA: LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA, DEBERÁ REUNIR INVARIABLEMENTE LOS REQUISITOS FISCALES VIGENTES