



Universidad Autónoma de Chihuahua

Facultad de Enfermería y Nutriología

Secretaría de Planeación

COMPROBACION DE GASTOS PIFI

Nombre:	_____	Fecha:	_____
Puesto:	_____	No. Empleado	_____
Adscripción:	_____	No. C.A.	_____
		No. Meta	_____ _____ _____ _____

RESULTADO OBTENIDO EN LA COMISIÓN CONFERIDA					

COMPROBACIÓN DE GASTOS					
No.Fra/Rbo	Nombre del Prestador del Servicio	Hotel	Alimentos	Combustible	otros
TOTAL DE GASTOS COMPROBADOS					

LIQUIDACIÓN DE GASTOS			
GASTOS A COMPROBAR RECIBIDOS EN			
CHEQUE No.:	_____	FECHA:	_____
		IMPORTE:	\$ _____
(-)	GASTOS COMPROBADOS EN EL PRESENTE FORMATO		_____
(=)	DIFERENCIA A MI CARGO DEPOSITADA EN CAJA ÚNICA (Anexar Comprobante)		_____
(=)	DIFERENCIA A MI FAVOR QUE SERÁ LIQUIDADADA EN LOS PRÓXIMOS CINCO DÍAS		_____
<p>NOTA: En caso de que la diferencia a cargo no sea depositada en Caja Única, será descontada a través de nómina, en la quincena más próxima a la fecha de la presente liquidación, para lo cual el interesado otorga su autorización</p>			
_____	_____	_____	
Firma del interesado	Firma del Secretario Administrativo	Recibió la documentación	

APLICACIÓN CONTABLE PRESUPUESTAL	
_____	_____
Nombre	Vo. Bo. Contabilidad