 

Solicitud de gastos a comprobar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Día | Mes | Año |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Generalidades | | | |
| **Nombre del solicitante:** | |  | |
| **Dependencia o plantel de adscripción:** | | |  |
| **Ocupación:** |  |  |  |
| **Justificación** |  | | |
|  | | |
| **Periodo:** |  | | |
|  | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Desglose de gastos estimados | |
| Concepto | Importe |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total | **0.00** |

Moneda Tipo de Cambio

Nombre y firma del solicitante Vo. Bo. del titular