 

 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