

ANEXO 1

SOLICITUD DE GASTOS A RESERVA DE COMPROBAR (Formato GRC-1)



TESORERÍA MUNICIPAL Coordinación General de Finanzas



DATOS DEL RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN:

Guanajuato, Gto; a ___ de _____ de ____

SOLICITO A USTED, AUTORIZACIÓN PARA QUE SE EXPIDA TRANSFERENCIA A FAVOR DE:

NOMBRE:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

CARGO:

CLAVE PRESUPUESTARIA DE PERCEPCIONES DE NÓMINA DONDE
ESTA ADSCRITO EL TRABAJADOR O FUNCIONARIO:

CLABE BANCARIA DE LA CUENTA DE NÓMINA (para depósito al Beneficiario):

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN

Cualquier persona que preste un servicio al Municipio, independientemente de la relación jurídica que le vincule a éste, al que se le entreguen recursos para la realización de gastos pendientes de comprobar, invariablemente deberá entregar los documentos comprobatorios de dicho gasto al área administrativa de la Dependencia o Entidad de que se trate.

El coordinador administrativo entregará la documentación comprobatoria o en su caso realizará el reintegro, a la Dirección de Finanzas, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que fue realizado el evento o comisión, para el cual fueron autorizados los gastos.

Ante la falta de entrega de la documentación comprobatoria o en su caso, o del reintegro de los recursos dentro de los plazos señalados, autorizo para que, a través de la Dirección de Recursos Humanos, me sea descontado el recurso vía nómina.

DATOS DEL EVENTO	TIPO DE GASTO						
DESCRIPCIÓN: _____ _____ _____ _____ LUGAR: _____ _____	GESTIÓN () EVENTO () COMISIÓN () OTRO () ESPECIFIQUE : _____						
		FECHA DE EVENTO					
		DÍA		MES		AÑO	

INDICAR NOMBRE Y CARGO DE LOS FUNCIONARIOS QUE ATIENDEN LA COMISIÓN

NOMBRE:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	CARGO:	
NOMBRE:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	CARGO:	
NOMBRE:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	CARGO:	

PRESUPUESTO

CLAVE PRESUPUESTAL:	IMPORTE:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL SOLICITADO:	_____
Importe con letra: _____	

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O COORDINADOR ADMINISTRATIVO

	FIRMA
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) _____ Cargo	