

ANEXO 1

SOLICITUD DE GASTOS A RESERVA DE COMPROBAR (Formato GRC-1)					
	TESORERÍA MUNICIPAL Coordinación General de Finanzas				
DATOS DEL RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN:					
SOLICITO A USTED, AUTORIZACIÓN PARA QUE SE EXPIDA TRANSFERENCIA A FAVOR DE:					Guanajuato, Gto; a ___ de _____ de ____
NOMBRE: _____ <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</small>					
CARGO: _____					
<small>CLAVE PRESUPUESTARIA DE PERCEPCIONES DE NÓMINA DONDE ESTA ADSCRITO EL TRABAJADOR O FUNCIONARIO:</small> _____					
<small>CLABE BANCARIA DE LA CUENTA DE NÓMINA (para depósito al Beneficiario):</small> _____					
_____ FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN					
<small>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.</small>					
<small>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.</small>					
<small>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.</small>					
DATOS DEL EVENTO			TIPO DE GASTO		
DESCRIPCIÓN: _____ _____ _____ _____			GESTIÓN () EVENTO () COMISIÓN () OTRO ()		
			ESPECIFIQUE: _____		
LUGAR: _____ _____			FECHA DE EVENTO		
			DÍA	MES	AÑO
INDICAR NOMBRE Y CARGO DE LOS FUNCIONARIOS QUE ATIENDEN LA COMISIÓN					
NOMBRE: _____ <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</small>			CARGO: _____		
NOMBRE: _____ <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</small>			CARGO: _____		
NOMBRE: _____ <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</small>			CARGO: _____		
PRESUPUESTO					
CLAVE PRESUPUESTAL: _____ _____ _____			IMPORTE: _____ _____ _____		
TOTAL SOLICITADO: _____					
Importe con letra: _____					
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O COORDINADOR ADMINISTRATIVO					
_____ <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)</small>					FIRMA _____
_____ <small>Cargo</small>					

0
F

/

/

CPC

H

ANEXO 2

SOLICITUD DE GASTOS A RESERVA DE COMPROBAR (Formato GRC-2)



**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 DEL EDIL SOLICITANTE: _____

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:	_____	GESTIÓN ()	EVENTO ()	COMISIÓN ()	
	_____	OTRO ()	ESPECIFIQUE: _____		

LUGAR:	_____	FECHA DE EVENTO			
	_____	DÍA	MES	AÑO	

INDICAR NOMBRE Y CARGO DE LOS FUNCIONARIOS QUE ATIENDEN LA COMISIÓN

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

PRESUPUESTO

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

0

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]