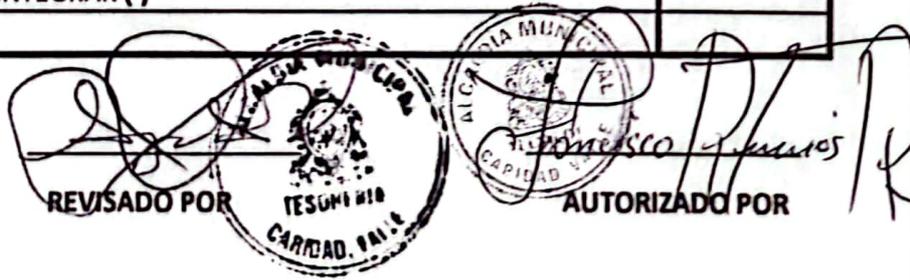


MUNICIPALIDAD DE CARIDAD, VALLE
DEPARTAMENTO DE VALLE
LIQUIDACION DE VIATICOS Y OTROS GASTOS DE VIAJE

DEPARTAMENTO					
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO:					
LUGAR DE DESTINO:			FECHA:		
MOTIVO DEL VIAJE:					
FECHA DE SALIDA:			FECHA DE REGRESO:		
DETALLE DEL VIAJE					
FECHA	HORA		LUGARES VISITADOS	DIAS	VALOR
	SALIDA	LLEGADA			
CANTIDAD RECIBIDA POR EL VIAJERO					
ITEM					
1	VIATICOS RECIBIDOS				
2	PASAJES TRANSPORTE				
3	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES				
4	OTROS GASTOS				
	TOTAL				
GASTOS EFECTUADOS					
ITEM	DETALLE				VALOR
1	VIATICOS EFECTUADOS				
2	PASAJES TRANSPORTE				
3	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES				
4	OTROS GASTOS (Hospedaje, alimentacion, etc)				
	TOTAL				
LIQUIDACION DE GASTOS					
DETALLE				TOTAL	
ANTICIPO RECIBIDO					
GASTOS EFECTUADOS					
DIFERENCIA					
SALDO	A FAVOR ()		A REINTEGRAR ()		
BALANCE					

FIRMA DEL EMPLEADO



REVISADO POR **AUTORIZADO POR**

ADJUNTO:

FACTURA HOTEL ()
 FACTURAS COMBUSTIBLE ()

OTROS GASTOS ()
 COPIA INFORME DE LA GIRA ()