UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS

Departamento de Finanzas
Finance Department

1. Unidad Institucional

2. Referencia Bloque / Sesión
Batch or Session Id

Fecha
Date Mes/ Día/ Año

NUMERO DE CHEQUE

Fecha
Date Mes/Día/Año

NUMERO DE COMPROBANTE

SOLICITUD, AUTORIZACION Y COMPROBANTE DE PAGO POR ANTICIPADO

3. Nombre y Dirección del Suplidor

4. *Persona Contacto que tramita el Documento*
Nombre:
Teléfono: *Ext.*
Departamento:

5. *Vend.*

6. Número de Cuenta

Fondo

Departamento

Sub-Departamento

Código

Función

Proyecto

Año Fiscal

7. Núm. Obligación

10. Núm. Factura
Invoice Number

11. Fecha de Factura
Invoice Date *Mes/ Día/ Año*

12. Importe
Gross Amount

13. **DESCRIPCION**

VERIFICACION

Cómputos	Legalidad y Prop.	Liquidación	Firma

8. Certifico que de acuerdo con la práctica comercial y/o las necesidades del Servicio, es necesario pagar en forma adelantada los servicios o suministros arriba descritos y que esta solicitud se emite conforme a la reglamentación vigente:

Firma del Solicitante

Nombre y Título

Fecha

Certifico que este comprobante ha sido verificado, que no ha sido emitido otro igual previamente, y que es un cargo correcto a la asignación y/o fondo que se indica.

Dir. Cont. o su Rep. Autorizado (a) Fecha

9. Aprobado por:

Director u Oficial de Finanzas

Fecha

Para Uso por el Oficial Pagador Especial

Firma Fecha

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/V/H