UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS

1. Unidad Institucional

Departamento de Finanzas
Finance Department

2. Referencia Bloque / Sesión
Batch or Session Id

Fecha
Date Mes/ Día/ Año

NUMERO DE CHEQUE

Fecha
Date Mes/Día/Año

NUMERO DE COMPROBANTE

COMPROBANTE DE DESEMBOLSOS

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

Núm. Obligación

9. Núm. Factura
Invoice Number

10. Fecha de Factura
Invoice Date Mes/ Día/ Año

11. Importe
Gross Amount

12. **DESCRIPCION**

VERIFICACION

Cómputos	Legalidad y Prop.	Liquidación	Firma

7. Certifico que los artículos o servicios arriba indicados fueron recibidos y cotejados por mí: que todos los renglones estaban de acuerdo con las especificaciones y fueron recibidos en condiciones satisfactorias.

Firma (Receptor) Fecha

Nombre en Letra de Molde y Título Fecha

8. Certifico que los artículos o servicios arriba indicados se obtuvieron y se utilizaron o utilizarán para fines oficiales relacionados con el programa o funciones encomendadas a este depto. u oficina, por lo cual autorizo su pago.

Firma (Director Depto. u Ofic., Rep. Autorizado (a)) Fecha

Nombre en Letra de Molde y Título Fecha

Certifico que este comprobante ha sido debidamente examinado; que el pago no ha sido efectuado previamente y que es un cargo correcto a la asignación o fondo indicado.

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

Para Uso por el Oficial Pagador Especial

Firma Fecha

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