UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

RECINTO DE CIENCIAS MEDICAS
Unidad Institucional

Departamento Acreedor

REFERENCIA / SESION

FECHA
Date

AÑO FISCAL
Fiscal Year

FACTURA ENTRE CUENTAS

NUM. COMPROBANTE

DEPARTAMENTO ACREEDOR
FACTURA NUM.

CUENTA DEBITADA - DEBIT ACCOUNT							NUM. DOC REF	FECHA	DESCRIPCION	CANTIDAD	CUENTA ACREDITADA - CREDIT ACCOUNT						
FONDOS (5 DIG)	DEPTO (3 DIG)	SUB DEPTO (3 DIG)	OBJETO (4 DIG)	FUNCION (3 DIG)	PROYECTO (12 DIGITOS)	AÑO FISCAL					FONDOS (5 DIG)	DEPTO (3 DIG)	SUB DEPTO (3 DIG)	OBJETO (4 DIG)	FUNCION (3 DIG)	PROYECTO (12 DIGITOS)	AÑO FISCAL
									TOTAL	-							
									CASH	-							

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PROPIEDAD A) CIFRA B) UNIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
					$ -

ACREEDOR	RECEPTOR	
CERTIFICO que esta cuenta es correcta, que los artículos o servicios fueron: que el pago o ajuste no se ha efectuado y que las anotaciones deben ser a las cuentas indicadas.	CERTIFICO que los artículos o servicios arriba indicados fueron recibidos y cotejados por mi: que los mismos fueron suministrados de acuerdo con las especificaciones y en condiciones satisfactorias.	Por la presente verifico la firma del receptor y autorizo el pago o ajuste por los artículos o servicios especificados
Jefe Dept. o su Rep. Autorizado	Firma del Receptor	
Fecha: _____	Fecha: _____	Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA DE CONTABILIDAD

VERIFICACION				APROBADO POR:
COMPUTOS	LEGALIDAD Y PROPIEDAD	LIQUIDACION Y OBLIGACIONES	FIRMA	Director de Contabilidad o su Representante Autorizado - Fecha

abc