



FO-SCP-01

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Solicitud de boletos de avión

Unidad responsable: _____ ①

Nombre de la persona comisionada: _____ ②

Fecha: _____ ③

Se solicita el siguiente itinerario: _____ ④

Origen	Destino	Fecha	Hora	Aerolínea y vuelo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Objetivo de la comisión: _____ ⑤

Tipo de Viático: _____ ⑥

Anticipado Devengado No se solicita viático

⑦ → Motivo: _____

Estructuras programáticas a las que se afectará el gasto:
IFE-OFXX-51371-00000-001-XXXX-XXX-XXXXXXXX-37104 } ⑧
IFE-OFXX-51333-00000-001-XXXX-XXX-XXXXXXXX-33901 }

⑨

Nombre y firma del enlace o coordinador administrativo

FO-SCP-01
Solicitud de boleto de avión

No.	Campo	Descripción
1	Unidad Responsable	Indicar el nombre de la unidad responsable que realiza la solicitud de boleto de avión
2	Nombre de la persona comisionada	Indicar el nombre completo de la persona comisionada de la unidad responsable
3	Fecha	Indicar la fecha de elaboración de la solicitud de boleto de avión
4	Se solicita el siguiente itinerario	Indicar el itinerario del boleto de avión (origen, destino, fecha, hora, aerolínea y vuelo)
5	Objetivo de la comisión:	Describir detalladamente el motivo de la comisión
6	Tipo de viático	Marcar que tipo de viático (anticipado, devengado o no se solicita viático)
7	Motivo	En el caso de que <u>no se requiera viático</u> , describir las razones.
8	Estructuras programáticas	Indicar las estructuras programáticas a 9 segmentos que afectarán el gasto
9	Nombre y firma del enlace o coordinador administrativo	Indicar nombre completo y requisitar firma del enlace o coordinador administrativo de la unidad responsable

FO-SCP-02



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Solicitud de modificación de itinerario de boletos de avión

Unidad responsable: _____ ①

Nombre de la persona comisionado: _____ ②

Fecha: _____ ③

Itinerario original: ④

Origen	Destino	Fecha	Hora	Aerolínea y vuelo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Itinerario modificado: ⑤

Origen	Destino	Fecha	Hora	Aerolínea y vuelo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Justificación del cambio: _____ ⑥

Estructuras programáticas a las que se afectará el gasto:
IFE-OFXX-51371-00000-001-XXXX-XXX-XXXXXXXX-37104
IFE-OFXX-51333-00000-001-XXXX-XXX-XXXXXXXX-33901 } ⑦

⑧

Enlace o coordinador administrativo

⑨

Titular de la unidad responsable o persona delegada para autorización con nivel, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-02

Solicitud de modificación de itinerario de boletos de avión

No.	Campo	Descripción
1	Unidad Responsable	Indicar el nombre de la unidad responsable que realiza la solicitud de boleto de avión
2	Nombre de la persona comisionada	Indicar el nombre completo de la persona comisionada de la unidad responsable
3	Fecha	Indicar la fecha de elaboración de la solicitud de boleto de avión
4	Itinerario original	Indicar el itinerario del boleto de avión (origen, destino, fecha, hora, aerolínea y vuelo)
5	Itinerario modificado	Indicar el itinerario modificado del boleto de avión (origen, destino, fecha, hora aerolínea y vuelo)
6	Justificación del cambio	Describir claramente el motivo que justifique el cambio del boleto de avión
7	Estructuras programáticas	Indicar las estructuras programáticas a 9 segmentos que afectarán el gasto
8	Nombre del enlace o coordinador administrativo	Indicar nombre y requisitar firma del enlace o coordinador administrativo
9	Titular de la unidad responsable o personal delegado para la autorización	Indicar nombre y requisitar firma del titular de la unidad responsable o persona delegada para autorización, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-03



CONTROL DE RECHAZOS DE TRAMITES DE PAGO Y COMPROBACIONES REMITIDOS A LAS UNIDADES RESPONSABLES

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS
UNIDAD DE CONTROL Y GESTION DE PAGOS

FOLIO DEL RECHAZO: <input type="text"/>		← 1		2 → FECHA <input type="text"/>	
O.S.P.: <input type="text"/>	UR: <input type="text"/>	BENEFICIARIO: <input type="text"/>	MOTIVO DEL RECHAZO: <input type="text"/>		IMPORTE: <input type="text"/>
3	4	5	6		7

8

9

10

RESPONSABLE DE LA REVISION:

RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION POR
LA U.C.G.P.

RECIBE DOCUMENTACION ORIGINAL

FO-SCP-03

Control de rechazos de trámites de pago y comprobaciones remitidos a las unidades responsables

No.	Campo	Descripción
1	Folio del rechazo	Indicar el número del rechazo asignado por la UCyGP
2	Fecha	Indicar la fecha de elaboración del rechazo de la documentación ingresada a la UCyGP
3	OSP	Indicar el número de oficio de solicitud de pago asignado por la UCyGP
4	UR	Indicar la unidad responsable de la documentación rechazada por la UCyGP
5	Beneficiario	Indicar el nombre del beneficiario de la documentación rechazada por la UCyGP
6	Motivo del rechazo	Describir claramente las razones del rechazo de la documentación ingresada a la UCyGP
7	Importe	Indicar el importe de la factura de la documentación rechazada por la UCyGP
8	Responsable de la revisión	Indicar el nombre y recabar firma del responsable de la revisión de la documentación ingresada a la UCyGP
9	Responsable de la autorización por la UCyGP	Indicar el nombre y recabar firma del responsable de la autorización de la documentación rechazada por la UCyGP
10	Recibe documentación original	Indicar nombre y fecha del personal de la unidad responsable que recibe la documentación original rechazada por parte de la UCyGP

NOTA: para uso exclusivo de la UCyGP

FO-SCP-04



FORMATO DE REVISION Y VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE TRAMITE DE PAGO 2013

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS
UNIDAD DE CONTROL Y GESTION DE PAGOS

FOLIO (Expensas (sólo para viáticos): <input type="text" value="2"/>		FOLIO UCGP: <input type="text" value="1"/>
UR: <input type="text" value="3"/>	FEC_RECEP: <input type="text" value="4"/>	
BENEFICIARIO: <input type="text" value="5"/>		
CONCEPTO: <input type="text" value="6"/>		
IMPORTE: <input type="text" value="7"/>	DOLARES: <input type="text" value="8"/>	TIPO DE CAMBIO: <input type="text" value="9"/>
FECHA PROGRAMADA DE PAGO: <input type="text" value="10"/>		
11 DOCUMENTACION PRESENTADA CON LA SOLICITUD DE PAGO		
<input type="checkbox"/> FACTURA <input type="checkbox"/> COMPROBANTES FISCALES DIGITALES <input type="checkbox"/> RECIBO <input type="checkbox"/> NOTA <input type="checkbox"/> REMISION ORIGINAL VIGENTE <input type="checkbox"/> SELLO DE ALMACEN <input type="checkbox"/> OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO <input type="checkbox"/> OFICIO NOTIFICACION DE PENA CONVENCIONAL <input type="checkbox"/> OFICIO NOTIFICACION DE DEDUCCIONES <input type="checkbox"/> NOTAS DE CREDITO <input type="checkbox"/> CONTRATO No. DE CONTRATO: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> NOMINA, PAGOS R.H., ETC. OBSERVACIONES DE PAGOS DE NOMINA <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> PEDIDO No. PEDIDO: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> MODIFICACION DE PEDIDO No. DE MODIFICACIÓN: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO		
<input type="checkbox"/> OTROS DOCUMENTOS <input type="text"/> (ACUERDOS, DICTÁMENES, ETC.)		
OFICIOS DE AUTORIZACION DE INVERSION <input type="checkbox"/> DE CAPÍTULO 5000 <input type="checkbox"/> DE CAPÍTULO 6000		
OBSERVACIONES: <input type="text"/>		
<i>Se verificó que la documentación presentada para el trámite de pago solicitado cumple con los requisitos establecidos en los Lineamientos para el Ejercicio Presupuestal 2013, así como demás normatividad interna aplicable vigente.</i>		
12		13
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> RESPONSABLE DE LA REVISION		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION POR LA U.C.G.P.

FO-SCP-04

Formato de revisión y verificación de cumplimiento de requisitos de trámite de pago

No.	Campo	Descripción
1	Folio UCyGP	Indicar el número consecutivo asignado por la UCyGP
2	Folio IExpenses	Indicar el número de viáticos asignado por Iexpenses
3	UR	Indicar el nombre de la unidad responsable de la documentación ingresada a la UCyGP
4	Fec_recep	Indicar la fecha de recepción de la documentos ingresada al UCyGP
5	Beneficiario	Indicar el nombre completo del beneficiario de la documentación ingresada a la UCyGP
6	Concepto	Indicar el concepto de trámite (viáticos anticipados, pago a proveedores, etc) ingresado a la UCyGP
7	Importe	Indicar el importe en moneda nacional a pagar de la documentación ingresada a la UCyGP
8	Dólares	Indicar el importe en dólares americanos a pagar de la documentación ingresada a la UCyGP
9	Tipo de cambio	Indicar el tipo de cambio de conformidad al DOF correspondiente a la documentación ingresada a la UCyGP
10	Fecha programada de pago	Indicar fecha de pago de la factura ingresada a la UCyGP
11	Documentación presentada con la solicitud de pago	Marcar la documentación presentada con la solicitud de pago según documentación ingresada a la UCyGP
12	Responsable de la revisión	Indicar nombre y recabar firma del reponsable de la revisión de la documentación ingresada a la UCyGP
13	Responsable de la autorización por la UCyGP	Indicar el nombre y recabar la firma del responsable de la autorización por la UCyGP

NOTA: para uso exclusivo de la UCyGP

Informe mensual de cancelación de boletos de avión

Mes que reporta: 1
Fecha de elaboración: 2

Reporte de boletos cancelados					
No. de boleto cancelado	Beneficiario		Vuelo	Fecha	Justificación
	Completó / Parcial				
3	4	5	6	7	8

Estatus de boletos cancelados					
No. de boleto cancelado	Beneficiario	Pendiente	Reembolsos		Reutilización
			Documento	Nuevo No. de boleto	Documento
9	10	11			

12

13

Nombre y firma del titular de la unidad responsable o persona delegada para la autorización, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-05

Informe mensual de cancelación de boletos de avión

No.	Campo	Descripción
1	Mes que reporta	Indicar el mes que reporta la cancelación de boletos de avión
2	Fecha de elaboración	Indicar la fecha de elaboración del reporte de cancelación de boletos de avión
3	No. de boleto cancelado	Indicar el número de boleto cancelado
4	Completo/parcial	Indicar si la cancelación del boleto se ha realizado de forma completa o parcial
5	Beneficiario	Indicar el nombre del beneficiario del boleto de avión
6	Vuelo	Indicar el vuelo de boleto de avión
7	Fecha	Indicar la fecha del vuelo cancelado
8	Justificación	Describir detalladamente los motivos de la cancelación del boleto de avión
9	No. de boleto cancelado	Indicar el número de boleto cancelado
10	Beneficiario	Indicar el nombre de beneficiario del boleto de avión
11	Pendiente	Marcar con una X si el estatus del boleto cancelado esta pendiente
12	Reembolsos o reutilización	En el caso de reembolso o reutilización , deberá especificarse el documento o el nuevo número de boleto de avión a cambio
13	Nombre y firma del titular de la unidad responsable, enlace o coordinador administrativo	Indicar nombre y recabar la firma del titular de la unidad responsable o persona delegada para la autorización, (el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área).

Informe de Comisión

Fecha	Nombre de la persona comisionada	Lugar de la comisión	Período de la comisión
1	2	3	4

Objetivo de la comisión: 5

Actividades realizadas: 6

Acuerdos establecidos: 7

Temas o asuntos a los que deberá dársele seguimiento: 8

Observaciones y comentarios: 9

10

11

Nombre y firma de la persona comisionada

Nombre y firma la persona que autoriza la comisión

FO-SCP-06
Informe de Comisión

No.	Campo	Descripción
1	Fecha	Indicar la fecha de elaboración del informe de comisión
2	Nombre de la persona comisionada	Indicar el nombre completo de la persona comisionada
3	Lugar de la comisión	Indicar el lugar de la comisión realizada
4	Periodo de la comisión	Indicar el período de la comisión realizada
5	Objetivo de la comisión	Describir claramente la razón de la comisión realizada
6	Actividades realizadas	Describir claramente todas y cada una de las actividades realizadas durante la comisión
7	Acuerdo establecidos	Detallar los acuerdos que fueron establecidos durante la comisión realizada
8	Temas o asuntos a los que deberá dársele seguimiento	Indicar los temas o asuntos que se deberán dar seguimiento, en caso dado de que durante la comisión hayan quedado actividades pendientes por resolver
9	Observaciones y comentarios	Indicar las observaciones o comentarios que sean relevantes surgidos durante el desempeño de la comisión
10	Nombre y firma de la persona comisionada	Indicar nombre completo y recabar firma de la persona comisionada
11	Nombre y firma de la persona que autorizó la comisión	Indicar nombre completo y recabar firma de quien autoriza la comisión

FO-SCP-07



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Recibo del 10% sin documentación que reúnan requisitos fiscales

1 → México D. F., a __ de _____ de 20XX.

2

Recibí de la Dirección de Ejecutiva de Administración del Instituto Federal Electoral, la cantidad de \$ (número y letra) por concepto de gastos que corresponden al 10% sin documentos que reúnan requisitos fiscales de la comisión a realizada a (lugar y periodo de la comisión).

3

R.F.C. nombre y firma
de la persona comisionada

4



FO-SCP-07

Recibo del 10% sin documentación que reúnan requisitos fiscales

No.	Descripción
1	Indicar la fecha de elaboración del recibo del 10% sin documentos que reúnan requisitos fiscales de la comisión realizada
2	Indicar la cantidad con letra y número en el recibo
3	Indicar lugar y periodo de la comisión realizada
4	Indicar R.F.C., nombre y recabar la firma de la persona comisionada

FO-SCP-08



FORMATO DE REVISION Y VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE TRAMITE DE COMPROBACIONES

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION
DIRECCION DE RECURSOS FINANCIEROS
UNIDAD DE CONTROL Y GESTION DE PAGOS

FOLIO IEXPENSES (SOLO PARA VIATICOS):	1	FOLIO UCGP:	2
UR:	4	FEC_RECEP:	3
BENEFICIARIO:	5		
CONCEPTO:	6		
IMPORTE:		DOLARES:	
		TIPO DE CAMBIO:	

7 DOCUMENTACION PRESENTADA CON EL OFICIO DE SOLICITUD DE PAGO (COMPROBACION)

<input type="checkbox"/> COMPROBANTES DE HOSPEDAJE	TIPO COMPROBACION:	
<input type="checkbox"/> COMPROBANTES DE ALIMENTOS	MES QUE COMPRUEBA:	
<input type="checkbox"/> COMPROBANTES DE TRANSPORTE	ANTICIPO A COMPROBAR:	
<input type="checkbox"/> RECIBO DEL 10% (ANEXO 7)		
<input type="checkbox"/> RELACION DE GASTOS (VIATICOS INTERNACIONALES)		
<input type="checkbox"/> ANEXO 5 / IMPRESION IEXPENSES	MONTO EN DOCUMENTOS:	
<input type="checkbox"/> INFORME DE COMISION (ANEXO 10)	MONTO A REINTEGRAR:	
<input type="checkbox"/> REINTEGROS		
FOLIOS REINTEGROS:		
<input type="checkbox"/> OTROS DOCUMENTOS Y OBSERVACIONES		

Se verificó que la documentación presentada para el trámite de comprobación solicitado por la Unidad Responsable cumpliera con los requisitos establecidos en el Manual de Normas, Lineamientos y Procedimientos para la Autorización y Trámite de Viáticos y Pasajes Nacionales e Internacionales y/o en el Manual de Operación del Fondo Revolvente y Lineamientos para el Pago y Comprobación de los Gastos a Comprobar, así como demás normatividad interna aplicable vigente.

8	9
<hr/> RESPONSABLE DE LA REVISION:	<hr/> RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION POR LA U.C.G.P.

- SUBDIRECCION DE CONTABILIDAD
- SUBDIRECCION DE OPERACION FINANCIERA

FO-SCP-08

Formato de revisión y verificación de cumplimiento de requisitos de trámite de comprobaciones

No.	Campo	Descripción
1	Folio lexpenses (sólo para viáticos)	Indicar el número de la comprobación de viáticos asignado por lexpenses
2	Folio UCyGP	Indicar el número consecutivo asignado por la UCyGP
3	Fec_recep	Indicar le fecha de recepción de la documentos ingresada a la UCyGP
4	UR	Indicar el nombre de la unidad responsable ingresada a la UCyGP
5	Beneficiario	Indicar el nombre completo del beneficiario
6	Concepto	Indicar el tipo de comprobación ingresada a la UCyGP
7	Documentación presentada con el oficio de oficio de solicitud de pago (comprobación)	Marcar la documentación soporte de la comprobación ingresada a la UCyGP, según sea el caso
8	Responsable de la revisión	Indicar nombre y recabar firma de la revisión de la documentación soporte
9	Responsable de la autorización por la UCyGP	Indicar el nombre y recabar la firma de la autorización por la UCyGP

NOTA: para uso exclusivo de la UCyGP

FO-SCP-09
Recibo de anticipo

No.	Descripción
1	Indicar la fecha de elaboración del recibo
2	Indicar la cantidad del recursos solicitado con número
3	Indicar la cantidad de los recursos solicitados en letra
4	<p>Para los gastos a comprobar, describir brevemente el concepto del gasto, es decir, indicar para que se utilizaran los recursos solicitados</p> <p>En el concepto de recursos para la apertura del fondo revolvente, indicar el año al que corresponde</p> <p>En caso de los gastos de alimentación de servidores público de mando, indicar el mes al que corresponde</p>
5	<p>Indicar nombre y recabar firma de titular de la unidad responsable, en el caso de la solicitud del fondo revolvente y gastos de alimentación de servidores públicos de mando</p> <p>Para el caso de los gastos a comprobar, indicar el nombre completo y recabar la firma de la persona autorizada para recibirlos, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.</p>

FO-SCP-09



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Recibo de anticipo

1 → México, D.F. a __ de _____ de 20XX.

Recibí de la Dirección Ejecutiva de Administración la cantidad de: (número) ← 2

(letra) ← 3 por concepto de:

4	Gastos a comprobar	_____
	Apertura de fondo revolvente del ejercicio	_____ (año)
	Gastos de alimentación de servidores públicos de mando correspondientes al mes de:	_____ (mes)

5

Nombre y firma del titular de la unidad responsable o de la persona autorizada para recibir gastos a comprobar, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-10



Formato de solicitud de apertura de fondo revolvente y/o designación de funcionario para la operación y manejo del mismo.

México D. F., a __ de ____ de 20XX ← 1

Director Ejecutivo de Administración
Presente

De conformidad a los artículos 45 y 46 del capítulo III, sección V, del Fondo Revolvente y pasajes del Manual de Normas Administrativas en Materia de Recursos Financieros del Instituto Federal Electoral, solicito a usted la autorización de apertura de fondo revolvente para el ejercicio presupuestal 20XX de la (unidad responsable) por la cantidad de

4 → S(número y letra).

2

3

Asimismo, informo a usted que la persona designada como responsable de la operación y manejo del fondo revolvente será el (nombre y puesto del servidor público, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área), cuya firma aparece al calce. ← 5

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

6

Nombre y firma del titular de la
unidad responsable

7

Nombre y firma de la persona responsable de
la operación y manejo del fondo revolvente,
el cual no podrá tener nivel inferior a
subdirector de área.

FO-SCP-10

Formato de solicitud de apertura de fondo revolvente y/o designación de funcionario para la operación y manejo del mismo.

No.	Descripción
1	Indicar la fecha de elaboración del formato de solicitud de la apertura del fondo revolvente solicitud y/o designación de funcionario para la operación y manejo del mismo.
2	Indicar el año del ejercicio presupuestal de la apertura del fondo revolvente
3	Indicar la unidad responsable que solicita la autorización de la apertura del fondo revolvente
4	Indicar el monto solicitado con número y letra de autorización de la apertura del fondo revolvente
5	Indicar el nombre completo y puesto de la persona responsable de la operación y manejo del fondo revolvente, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.
6	Indicar nombre completo y recabar nombre del titular de la unidad responsable
7	Indicar nombre completo y recabar firma de la persona responsable de la operación y manejo del fondo revolvente

Formato para pegar facturas originales

Unidad Responsable 1 → _____ 2 → Folio: _____

3

<input type="checkbox"/> Reposición de fondo revolvente	<input type="checkbox"/> Gastos de alimentación	<input type="checkbox"/> Comprobación de gastos a comprobar	<input type="checkbox"/> Reembolsos
---	---	---	-------------------------------------

- Reposición de fondo revolvente:** pegar factura original, sin tachaduras ni enmendaduras que cumplan con los requisitos fiscales que señalan los art. 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación, 39 y 40 del Reglamento del Código Fiscal, excepto recibos de pasajes urbanos, comprobantes por adquisiciones igual o menores a \$ 100.00 (CIENTOS PESOS 00/100 M.N.) y que por poca cuantía los establecimientos entregan ticket o nota de remisión, como lo determina la Ley del ISR en su artículo 139, fracción V, párrafo II. Los comprobantes deberán indicar claramente el concepto del gasto o bien describir los artículos adquiridos, eliminando el uso de los términos "varios", "diversos" y "otros" (anexar el ticket).
- Gastos a comprobar y reembolsos:** pegar factura original, sin tachaduras ni enmendaduras que cumplan con los requisitos fiscales que señalan los art. 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación, 39 y 40 del Reglamento del Código Fiscal. Los comprobantes deberán indicar claramente el concepto del gasto o bien describir los artículos adquiridos, eliminando el uso de los términos "varios", "diversos" y "otros" (anexar el ticket).
- Gastos de alimentación de servidores públicos de mando:** pegar factura original firmada por el funcionario público de mando, sin tachaduras ni enmendaduras que cumplan con los requisitos fiscales que señalan los art. 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación, 39 y 40 del Reglamento del Código Fiscal. Los comprobantes deberán indicar claramente el concepto del gasto, anexar el ticket o en caso de que lo factura indique.

4 → Justificación: (reposición de fondo revolvente y gastos a comprobar).

(En el caso de utilizar partidas exclusivas para la DRMS favor de especificar el uso de los materiales adquiridos).

FO-SCP-11
Formato para pegar facturas originales

No.	Campo	
1	Unidad responsable	Indicar el nombre de la unidad responsable.
2	Folio	Foliar todas y cada una de las hojas utilizadas del formato para pegar las facturas originales de la reposición y comprobación del fondo revolvente.
3	Facturas originales	Marcar el tipo de facturas (reposición de fondo revolvente, gastos de alimentación, comprobación de gastos a comprobar o reembolsos).
4	Justificación	En caso del fondo revolvente, gastos a comprobar y reembolsos, escribir claramente la justificación descriptiva del gasto

FO-SCP-12
Relación de Pasajes Urbanos del Fondo Revolvente

No.	Campo	Descripción
1	Unidad responsable	Indicar el nombre de la unidad responsable
2	Folio	Indicar el número del folio consecutivo que corresponda
3	Estructura programática	Indicar la estructura programática a 9 segmentos que afectará el gasto
4	Fecha	Indicar la fecha en la que se elaboró la relación de pasajes urbanos
5	Fecha de comisión	Indicar la fecha de la comisión desempeñada
6	Departamento	Indicar el departamento de adscripción de la persona comisionada
7	Justificación de actividades y horario	Describir claramente la justificación de los traslados y horario en que se realizaron
8	Destino	Indicar el destino de la comisión desempeñada
9	Nombre del comisionado	Indicar el nombre de la persona comisionada
10	R.F.C. del comisionado	Indicar el R.F.C. de la persona comisionada
11	Firma del comisionado	Recabar la firma de la persona comisionada
12	Importe	Indicar el importe de los recursos utilizados para la comisión desempeñada.
13	Total	Indicar el monto total de los recursos utilizados de las comisiones desempeñadas.
14	Nombre y firma del titular de la unidad responsable o la persona autorizada de la operación y manejo del fondo revolvente, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área	Indicar el nombre y recabar la firma del titular de la unidad responsable o de la persona autorizada de la operación y manejo del fondo revolvente, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área

FO-SCP-13



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Formato de relación de facturas

Reposición de fondo revolvente
 Comprobación de gastos a comprobar
 Reembolsos

Unidad Responsable: Fecha:

No. DE FOLIO	ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA									DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA		
	W	UR	CM	SC	AI	Pp	Sp	PY	PT	FECHA	No. FACTURA	IMPORTE
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	
											SUBTOTAL	

7 → TOTAL

8

Nombre y firma del titular de la unidad responsable o de la persona autorizada del mesaje y operación del fondo revolvente y para recibir gastos a comprobar, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-13
Formato de relación de facturas

No.	Campo	Descripción
1	Relación de facturas	Indicar la relación de facturas
2	Unidad responsable	Indicar el nombre de la unidad responsable
3	Fecha	Indicar la fecha de elaboración de la relación de facturas para la reposición del fondo revolvente
4	No. de folio	Indicar el número de folio designado a los formatos FO-SCP-11 y FO-SCP-12
5	Estructura programática	Indicar las estructuras programáticas a 9 segmentos que afectaran el gasto
6	Documentación comprobatoria	Indicar fecha, número de factura e importe de las facturas originales
7	Total	Indicar el total de los recursos para la reposición de fondo revolvente o los gastos a comprobar
8	Nombre y firma del titular de la unidad responsable, de la persona autorizada del manejo y operación del fondo revolvente y para recibir gastos a comprobar, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.	Indicar el nombre y recabar firma del titular de la unidad responsable o de la persona autorizada del manejo y operación del fondo revolvente y para recibir gastos a comprobar, el cual no podrá tener nivel inferior a subdirector de área.

FO-SCP-15



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

1 Formato para reembolso de pasajes urbanos sin comprobantes

IN	UR	CM	SC	AI	Pp	Sp	PY	PT

2 → Fecha _____

Nombre	Puesto	Unidad responsable
3	4	5

Fecha de la comisión	Lugar de partida	Destino	Justificación de actividades y horario	Importe
6	7	8	9	10
12 →				Total

RECIBI LA CANTIDAD DE: _____ (cantidad en letra y número) ← 13

Su monto no deberá ser superior a \$ 60.00 (SESENTA PESOS 00/100 M.N.) por viaje, en un horario de 6:00 a 21:59 hrs.
En horario de 22:00 a 5:59 horas, que por necesidades de la operación se requiere cubrir, el monto por viaje no excederá la tarifa de \$ 200.00 (DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N.) y \$250.00 (DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.) durante procesos electorales, que deberán justificarse, debiendo ajustarse en los dos casos al presupuesto autorizado en la partida 37201 "Pasajes terrestres nacionales para labores en campo y de supervisión".

14

Nombre y firma del solicitante

15

Nombre y firma del jefe directo

16

Nombre y firma del titular de la unidad responsable

FO-SCP-15
Formato de pasajes urbanos sin comprobantes

No.	Campo	Descripción
1	Estrutura programática	Indicar la estructura programática a 9 segmentos que afectará el gasto
2	Fecha	Indicar la fecha de elaboración la relación de pasajes urbanos
3	Nombre	Indicar el nombre de la persona comisionada
4	Puesto	Indicar el puesto de la persona comisionada
5	Unidad responsable	Indicar el nombre de unidad responsable de adscripción de la persona comisionada
6	Fecha de la comisión	Indicar la fecha de la comisión desempeñada
7	Lugar de partida	Indicar el lugar de partida de la comisión a desempeñar
8	Lugar de destino	Indicar el destino de la comisión desempeñada
9	Justificación de actividades y horario	Describir claramente la justificación de los traslados y horario en que se realizaron
10	Importe	Indicar el importe de los recursos utilizados para la comisión desempeñada
11	Total	Indicar el monto total de los recursos utilizados de las comisiones desempeñadas
12	Recibi la cantidad de:	Indicar la cantidad recibida en número y letra de los recursos recibidos por el Intituto
13	Nombre y firma del solicitante	Indicar el nombre y recabar la firma de comisionado
14	Nombre y firma del jefe directo	Indicar el nombre y recabar la firma del jefe directo
15	Nombre y firma del titular de la unidad	Indicar el nombre y recabar la firma del titular de la unidad responsable

FO-SCP-17



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Relación gastos de efectuados por concepto de viáticos internaciones

Unidad Responsable	Nombre de la persona comisionada	Lugar y periodo de la comisión
1	2	3

Concepto	Fecha del comprobante	Otra divisa		Euros		USD		Total en Moneda Nacional
		Tipo de cambios	Total	Tipo de cambios	Total	Tipo de cambios	Total	
4	5	6		7		8		9

Total 10

11

Nombre y firma de la persona comisionada

FO-SCP-17

Relación gastos de efectuados por concepto de viáticos internaciones

No.	Campo	
1	Unidad responsable	Indicar nombre de la unidad responsable
2	Nombre de la persona comisionada	Indicar el nombre completo de la persona comisionada
3	Lugar y período de la comisión	Indicar el lugar y período de la comisión realiza
4	Concepto	Describir el concepto del recurso
5	Fecha de comprobante	Indicar la fecha de comprobante del gastos realizado
6	Otra divisa	Indicar el tipo de cambio y el monto total de la divisa utilizada
7	Euros	Indicar el tipo de cambio y el monto total en Euros
8	USD	Indicar el tipo de cambio y el monto total en dólares americano
9	Total en moneda nacional	Realizar la conversión a moneda nacional
10	Total	Indicar la suma total de los gastos realizados de la comisión en moneda nacional
11	Nombre y firma de la persona comisionada	Indicar el nombre completo y recabar firma de la persona comisionada

FO-SCP-16



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Relación de gastos cuando no sea posible obtener comprobantes que reúnan requisitos fiscales

Nombre de la persona comisionada **1** _____
Lugar de la comisión **2** _____
Período de la comisión **3** _____
No. de oficio de comisión **4** _____

5 Relación de gastos	
Concepto	Importe
Hospedaje	
Alimentos	
Transporte	
Otros	

Total **6** _____

7 _____
Nombre y firma de la persona comisionada

8 _____
Nombre, cargo y firma del coordinador administrativo de la junta local o distrital o en su caso de la autoridad municipal y/o comisionado ejidal

9 _____
Nombre y firma del titular de la unidad responsable

FO-SCP-16

Relación de gastos cuando no sea posible obtener comprobantes que reúnan requisitos fiscales

No.	Campo	
1	Nombre de la persona comisionada	Indicar el nombre completo de la persona comisionada
2	Lugar de la comisión	Indicar el lugar de la comisión realiza
3	Periodo de la comisión	Indicar el periodo de la comisión realiza
4	No. de oficio de comisión	Indicar el número de oficio de comisión, mediante el cual se le notifica a la persona el lugar y periodo de la comisión
5	Relación de gastos	Indicar el concepto e importe de los gastos realizados durante la comisión
6	Total	Indicar el monto total de la relación de gastos realizados durante la comisión
7	Nombre y firma de la persona comisionada	Indicar el nombre completo y recabar firma de la persona comisionada
8	Nombre, cargo y firma del coordinador administrativo de la junta local o distrital o en su caso de la autoridad municipal y/o comisionado ejidal	Indicar el nombre completo, cargo y firma del coordinador administrativo de la junta local o distrital o en su caso de la autoridad municipal y/o comisionado ejidal
9	Nombre y firma del titular de la unidad responsable	Indicar el nombre completo y firma del titular de la unidad responsable