FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS

 **NOTA:**

Se necesita toda la siguiente información para los gastos razonables y legítimos de comidas/entretenimiento

(tenga en cuenta que el entretenimiento está prohibido para reuniones/eventos/actividades en relación con los profesionales

de la salud/funcionarios públicos /organizaciones de atención de la salud/Instituciones gubernamentales):

1. Fecha
2. Nombre de los invitados (tenga en cuenta que para reuniones/eventos/actividades con profesionales de la salud/funcionarios públicos está prohibido facilitar, organizar o pagar por los invitados)
3. Cargo del invitado
4. Nombre de la compañía del invitado
5. Tipo de gasto, es decir, cena, almuerzo, etc.
6. Nombre del lugar
7. Ciudad
8. Justificación/propósito comercial, es decir, temas tratados
9. Cantidades: se deben adjuntar todos los recibos detallados.

*Tenga en cuenta que deben considerar las leyes, reglamentos y códigos de mejores prácticas de la industria locales y regionales al interactuar con los profesionales de la salud /funcionarios públicos/organizaciones de atención de la salud/ instituciones gubernamentales.*

**Nombre y Apellido del Empleado**:

**Fecha:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Empleado Fecha Nombre y Apellido en Letras de Molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Gerente Fecha Nombre y Apellido en Letras de Molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Finanzas Fecha Nombre y Apellido en Letras de Molde

**Total del Reembolso Solicitado**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Titulo del evento | Objetivo del evento | Fecha | Tipo de Gasto (Ej. Comida, transporte, hospedaje, etc.) | Cantidad en M.N\* | ¿Gasto relacionado con PS/FP? Sí/No | Cantidad de Asistentes de la Empresa | Nombre de los Asistentes de la Empresa | Cargo de los Asistentes de la Empresa | Cantidad de Asistentes PS/FP | Nombres y Apellidos, Cargos, Nombre del Hospital de los PS/FP y tipo | ¿Algún otro Asistente? Sí /No | Si la respuesta es Positiva, indicar Nombre y Apellido, Cargo, Institución/Empresa | Requiere contrato Si / No |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |