



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS
VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FORMULARIOS PARA USO DE FONAT.

MAYO 2023.

Actualización:
Autorizada en S.O. No 08 del 16 de mayo del año 2023.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

NUMERACIÓN Y NOMBRE DE FORMULARIOS

F-01	CONSTANCIA DE ASIGNACIÓN DE MISIÓN OFICIAL
F-02	AUTORIZACIÓN DE PAGO DE PAGO DE VIÁTICOS
F-03	CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE MISIÓN OFICIAL
F-04	RECIBO DE PAGO DE VIÁTICO
F-05	AUTORIZACIÓN DE COMPRA POR BAJA CUANTIA
F-06	VALE PROVISIONAL/ LIQUIDACIÓN O REEMBOLSO
F-07	FORMULARIO PARA EL PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO
F-08	SOLICITUD DE TRÁMITE DE PERMISO



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

CONSTANCIA DE ASIGNACIÓN DE MISIÓN OFICIAL

F-01

N° Correlativo: _____

Lugar y fecha _____

El/la suscrito/a _____, jefe de la
unidad/gerencia _____, autoriza al/los
empleado/s:

Nombre del empleado: _____, cargo: _____

para que realice/n las siguientes funciones: _____

_____ bajo la modalidad de MISION OFICIAL, el día _____,
debiéndose presentar en: _____, a las _____ horas. -

F. _____

Nombre del jefe _____

Nombre de la unidad _____



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

AUTORIZACIÓN DE PAGO DE VIÁTICOS DEL FONDO DE CAJA CHICA

F-02

Gerencia o Unidad que requiere: _____

A favor de: _____

En calidad de: _____

Cantidad de dólares: _____ \$ _____

Por concepto de viáticos de alimentación: _____

Para realizar la siguiente Misión Oficial, asignada el día: _____

Descripción de la misión:

Cifra presupuestaria: _____

Línea de Trabajo: _____

Lugar y fecha: _____

F. _____

Nombre: _____
Jefe o Encargado de la Unidad Requirente
Solicitante.

F. _____

Licda. Zoraya Rodríguez de López
Ordenador de Pagos Autorizado por CD
Responsable Asignado Autoriza.

F. _____

Licda. María de los Ángeles Román
Crédito Presupuestario
Administrador del Fondo.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE MISIÓN OFICIAL

F-03

El infrascrito(a): _____

Hace constar que el(la) Sr. (a): _____

Empleado de FONAT/CONASEVI, se presentó a este lugar: _____,

cumpliendo con la Misión Oficial de: _____

Datos de la Misión Oficial:

Hora de autorización de inicio de la Misión: _____ Marcación entrada: _____

Hora de retorno de la Misión: _____

Incorporación a la Misión: Inicio _____ Finalización _____ (Cuando no llegue al FONAT)

Se extiende la presente en (lugar y fecha): _____

F. _____

Firma y Sello.

Nota: En caso que la Misión Oficial se realice en jornadas públicas en donde no sea posible la firma y sello de algún funcionario, dará fe quien autorizo dicha Misión Oficial. Para el caso de los motoristas corresponderá la firma y validación al Encargado de Transporte.

Para efecto de validación de pago se tomará en cuenta la hora del reporte del motorista institucional o en su caso la hora del marcador (será obligatorio marcar al regresar al FONAT).



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

RECIBO DE PAGO DE VIÁTICOS

F-04

POR: _____

Recibí del Encargado (a) del Fondo de Caja Chica del _____

La cantidad de: _____

Por concepto de viáticos correspondiente a Misión Oficial:

Desayuno \$ _____

Hospedaje \$ _____

Almuerzo \$ _____

Transporte \$ _____

Cena \$ _____

*Deberá adjuntar: Formularios 01, 02 y 03 (autorización de la misión, autorización del pago de viatico y recibo).

Lugar y fecha: _____

F. _____

Nombre: _____

Empleado autorizado para recibir los fondos.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

AUTORIZACIÓN DE COMPRA POR BAJA CUANTIA

F-05

Gerencia o unidad que requiere: _____

Cantidad de dólares: _____ \$ _____

Para ser utilizado en la compra de: _____

Cifra presupuestaria: _____

Línea de Trabajo: _____

Lugar y fecha: _____

F. _____

Nombre: _____
Jefe o Encargado de la Unidad Requirente
Solicitante.

F. _____

Licda. Zoraya Rodríguez de López
Ordenador de Pagos Autorizado por CD
Responsable Asignado Autoriza.

F. _____

Licda. María de los Ángeles Román
Crédito Presupuestario
Administrador del Fondo.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

VALE PROVISIONAL / LIQUIDACIÓN O REEMBOLSO

F-06

POR: _____

Recibí del Encargado (a) del Fondo de Caja Chica del _____

La cantidad de: _____

Por concepto de:

***Si es Viatico, completar:**

Desayuno \$ _____

Hospedaje \$ _____

Almuerzo \$ _____

Transporte \$ _____

Cena \$ _____

*El vale provisional deberá ser liquidado en un máximo de 3 días hábiles para compras de baja cuantía o de 5 días hábiles en caso de viáticos por misiones oficiales al interior del país.

Lugar y fecha: _____

F. _____

Nombre: _____

Empleado autorizado para recibir los fondos.

Uso exclusivo del encargado del manejo de la caja chica.

Monto entregado \$ _____ Monto reembolsado: \$ _____

Lugar y fecha de Liquidación: _____

Observaciones: _____

F. _____

Empleado autorizado para recibir/liquidar fondos.

F. _____

Encargado del manejo de caja chica.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FORMULARIO PARA EL PAGO DE TIEMPO EXTRAORDINARIO

F-07

Nombre del empleado: _____

Área en la que prestó sus servicios: _____

Cargo: _____ Salario: US\$ _____

Jornada laboral: Desde _____ Hasta _____

DETALLE DE TIEMPO EXTRAORDINARIO LABORADO

FECHA			ACTIVIDAD REALIZADA	HORARIO		HORAS	
DIA	MES	AÑO		DESDE	HASTA	DIURNAS	NOCTURNAS

OBSERVACIONES:

F. _____

Empleado

F: _____

Nombre: _____

Jefe inmediato que autoriza

F: _____

Vo. Bo. Dirección Ejecutiva

Nota: Cuando el trabajo esté relacionado a las tareas del CONASEVI, y siempre que aún no haya un encargado de dicha unidad, bastará la firma de la Dirección Ejecutiva.



FONDO PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS
DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FORMULARIO DE TRÁMITE DE PERMISO

F-08

FECHA DE ELABORACIÓN _____

CÓDIGO DE EMPLEADO _____

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

GERENCIA/ ÁREA _____

CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO

TIPO DE PERMISO

- Personal
- Enfermedad
- Cita ISSS
- Enf. Pariente
- Misión oficial
- Compensatorio
- Licencias

FECHA DEL PERMISO	A PARTIR DE (hora y minutos)	HASTA (hora y minutos)	TIEMPO SOLICITADO

ESPECIFIQUE:

FIRMA DEL EMPLEADO

JEFE INMEDIADO

FECHA DE RECEPCIÓN:

USO EXCLUSIVO DE RECURSOS HUMANOS