

**Centro de recursos de canales indirectos**

**¿Esto de qué manera lo beneficia?**

Documentar los informes de gastos ayudará a garantizar que los libros y los registros reflejen de manera precisa y equitativa las operaciones de la empresa y con un grado de detalle razonable. Además, proporcionará visibilidad de los gastos comerciales realizados por los empleados y le permitirá cumplir con los requisitos de informe,   
si los hubiera, dentro de su región/país.



**Instrucciones**

1. Proporcione el Formulario de Informes de Gastos a los empleados y asegúrese de que conozcan los detalles que deberán completar respecto de las políticas, procedimientos y operaciones aplicables al reembolso de gastos (por ejemplo: los nombres de los participantes, motivo del gasto).
2. Asegúrese de que los empleados responsables de aprobar los informes de gastos comprenden cómo revisar el Formulario de Informes de Gastos y la documentación de respaldo requerida (por ejemplo: recibos).
3. Cumpla con las políticas de la empresa sobre cómo completar y presentar informes de gastos.



**Otra documentación para tener en cuenta**

* Política de viajes y gastos

|  |
| --- |
| **Descripción**  El Formulario de Informes de Gastos garantiza que los distribuidores/agentes registren  el objetivo comercial y la aprobación de los gastos incurridos por los empleados  (esto es, los gastos solicitados por los empleados). |



**Formulario de informe de gastos**

*Versión 1.0*

**FORMULARIO DE INFORME DE GASTOS**

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo del empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha del gasto** | **Tipo de gasto** (por ejemplo: comidas, viajes) | **Motivo del gasto** | **Método de**  **pago**  *(efectivo o tarjeta de crédito)* | **Monto total** (y moneda) | **Nombre del proveedor** | **País del proveedor** | **Relacionado al HCP / GO**[[1]](#footnote-1)[[2]](#footnote-2)  (Sí o No) | **En caso de evento o comida, número de participantes** (incluido usted) | **Nombre de los participantes  y entidad/ hospital afiliado**  (si corresponde) |
| ***Ejemplo:*** *6 de mayo de 2019* | *Cena con profesional de la salud* | *Cena con el Dr. John Smith para discutir el nuevo portfolio de productos.* | *Efectivo* | *76,42 INR* | *Restaurante New Delhi* | *India* | *Sí* | *2* | *John Smith - Hospital BLK* |
| ***Ejemplo:*** *7 de mayo de 2019* | Viaje de negocios | *Pasaje en tren  a la oficina* | *Tarjeta de crédito* | *30 INR* | *Tren New Delhi* | *India* | *No* | *1* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adjunte todos los recibos originales detallados.

Certifico que todos los gastos mencionados anteriormente tienen un objetivo comercial legítimo y no fueron reembolsados previamente.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Profesional de la salud (HCP, Healthcare Professional) [↑](#footnote-ref-1)
2. Funcionario público (GO, Government Official) [↑](#footnote-ref-2)