



# Universidad Autónoma de Chihuahua

Facultad de Enfermería y Nutriología

Secretaría de Planeación

## SOLICITUD DE GASTOS DE VIAJE (PIFI)

Fecha:

No. Empleado

No. C.A.

No. Meta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Adscripción: \_\_\_\_\_

Transporte Aéreo:

Terrestre público:

Auto UACH:

Auto particular:

Destino: \_\_\_\_\_

Escala: \_\_\_\_\_

**Salida:** Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Duración de la Comisión**

**Regreso:** Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**No. De Días** \_\_\_\_\_

### JUSTIFICACIÓN DEL VIAJE

### AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Secretario Administrativo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la Secretaría de Planeación