



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				

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

M.A. Navor A. González Granados
Responsable del C.A.23

DR. Salvador L. Ojeda Lizárraga
Integrante del C.A.23

DR. Gabriel F. Barrio Echavarría
Integrante del C.A.23

M.S.P. José A. Matamoros Martínez
Integrante del C.A.23

Firma del Interesado

Nombre y Firma Secretario Administrativo

Nombre y Firma de la Secretaría de Planeación