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

DRA. Luz Helena Sanín Aguirre
Responsable del C.A.28

Firma del Interesado

Nombre y Firma Secretario Administrativo

Nombre y Firma de la Secretaría de Planeación