



## INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

dlas-80-20

102

**DATOS GENERALES** 

APELLIDOS	<ul> <li>NOMBRES</li> </ul>	DELAO	EL SERVIDOR

Patino Salos Migrel Ange

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

PUESTO QUE OCUPA:

Servida

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE

LA O EL SERVIDOR

Triculo de Colenara

ERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRÓDUCTOS ALCANZADOS

-Griciento organijedo por le CCE. estrusión Comar, con motivo de la fruentación de la Resista, "Parmanterenzas", de a Agosto de 2016, en el Teatro Municipal, e los 20:30 escarios pedo pro la CCE., "Nacho Azuay, con motivo de la creación dela CCE. estrusión de Canton Santa Irabel, en la catedral de dicho cantón a los 20:30 el 4 de Agosto de 2016.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA
FECHA dd-mmm-aaa	03-08-2016	05-08-2016
HORA hh:mm	07:30	21:30

NOTA Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habituales o del cumplimiento del servicio institucional según sea del caso, hasta su llegada a estos sitios.

		TRANS	PORTE			
TIPO DE	WOMENERS		SALIDA		LLEGADA	
TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
areste aevas Tre	C.C.E	Scuta Isabel	03-08-2016	09:00	03-08-2016	16:00
Terrestre	C.C.T	Sauta Irobel-Quito	05-02-2016	07:00	05-08-206	21.30

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

## **OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O DEL SERVIDOR COMISIONADO

NOTA

El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días del cumplimiento de servicios institucionales, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendrá que restituir los valores percibidos. Cuando el cumplimiento de servicios institucionales sea superior al número de días autorizados, se deberá adjuntar la autorización por escrito de la máxima autoridad o su delegado.

NOMBRE:

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE

NOMBRE: