



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 12-02-2016
---	--

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR Juan Petroff	PUESTO QUE OCUPA: Presidente
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL Esmeraldas	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR Núcleo Azuay

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Dr. Edmundo Rivera, Ing Nicolas Paucar y Ra. Juane Paula.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Reuniones de trabajo en el Núcleo de Esmeraldas con la Sra. Presidenta, Miembros del Directorio y gestores culturales.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	15/02/2016	19/02/2016	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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm	8:40	14:30	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
Aéreo	TAME	Cuenca - Quito	15-02-2016	8:40	15-02-2016	9:40
Aéreo	TAME	Quito - Esmeraldas	15-02-2016	15:30	15-02-2016	16:30
Aéreo	TAME	Esmeraldas - Quito	17-02-2016	16:50	17-02-2016	17:50
Aéreo	TAME	Quito - Cuenca	19-02-2016	12:30	19-02-2016	14:30

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

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O EL 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 tendría 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 EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO 	FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD
NOMBRE:	NOMBRE: