



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

017

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

DAVILA MORILLO IVONNE

PUESTO QUE OCUPA:

DIRECTORA

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

ESMERALDAS - ESMERALDAS

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

JURIDICO

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

En el Pleno de Junta Plenaria reunida con fecha 20 de enero de 2016, se designó a una Comisión encargada de analizar la situación del Núcleo de Esmeraldas, en tal virtud conjuntamente con los señores Presidentes de Núcleo de Cotopaxi, Azuay y Orellana y la suscrita en calidad de asesora legal y como Secretaria de la misma, quienes nos trasladamos al Núcleo con el fin de cumplir una agenda previamente coordinada, la misma que se cumplió a cabalidad.. Lo que proporciono insumos para que esta Comisión pueda elaborar un informe con sustento legal y motivado, tal como lo encomendó la Junta Plenaria.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa			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			

**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
AEREO	TAME	QUITO-ESMERALDAS	15-02-2016	15h00		
AEREO	TAME	ESMERALDAS-QUITO			17-02-2016	17:30

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

NOMBRE: IVONNE DAVILA

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

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO

NOMBRE:

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: