



## INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

COMPENSATION DE SE	FECHA DE INFORME (do-mmm-aaaa)					
DATOS GENERALES						
APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR PUESTO QUE OCUPA: Savsoza Valencia Jonathan Envigue Camavó grafo						
CIUDAD - PROVINCIA Macas -	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIV. Comonicación					
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Jeini Chilwiga, Jonathan Savsoza						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
Viajamos con el suior Daymin Marosalvas. Adjunto informe detallada						
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA			
FECHA dd-mmm-aaa	07-03-2018	10-03-2018	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.			
HORA hh:mm	12:00:00	12:00:00				
TRANSPORTE						
TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DE		SAL	With the second	LLEG	
(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	TRANSPORTE	RUTA	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
Terrestre	CCE	Unito-Macas	07-03-18	12:00	07-03-18	21:00
Terrestre	CCE	Macas - Quito	10-03-18	06:00	10-03-18	12:00
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 a número de días autoriza-			
NOMBRE: Jonathan Saveza			dos, se deberá adjuntar la autorización por escrito de la máxima autoridad o su delegado.			
FIRMAS DE APROBACIÓN						
FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA GEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD NOMBRE:			NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTATUCIONAL NOMBRE:			