

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES DIR-INSPI-RA-116-2015

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

27-05-2015 ✓

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR
HINOSTROZA ALVARADO CARLOS ANDRES

PUESTO QUE OCUPA:

CONDUCTOR

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL
MACHALA-EL ORO

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

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:
Nombre del señor Conductor :SR. ANDRES HINOSTROZA

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Actividades Realizadas: TRASLADAR A LOS FUNCIONARIOS A LA CIUDAD DE MACHALA

Productos Alcanzados: SE TRASLADO A CAVALIDAD A LOS FUNCIONARIOS A LA CIUDAD DE MACHALA

ITINERARIO

SALIDA

LLEGADA

NOTA

FECHA
dd-mmm-aaa

25-05-2015 ✓

25-05-2015

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

05H00 ✓

18H00 ✓

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

TERRESTRE

VEHICULO
INSTITUCIONAL

CUENCA-MACHALA

25-05-2015 ✓

05H00 ✓

25-05-2015

08H00

TERRESTRE

VEHICULO
INSTITUCIONAL

MACHALA-CUENCA

25-05-2015

15H00

25-05-2015 ✓

18H00 ✓

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

NOMBRE: CARLOS ANDRES HINOSTROZA ALVARADO

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

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

 CUR 0003150 

NOMBRE: DR. EDUARDO VIDAL OCHOA
CARGO: DIRECTOR REGIONAL AUSTRO

NOMBRE: DR. EDUARDO VIDAL OCHOA
CARGO: DIRECTOR REGIONAL AUSTRO