



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales



EPM-TRANSITO  
TUNGURAHUA

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  
TE- 001

FECHA DE SOLICITUD **11-03-2016**

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: ING. IVONNE CARRERA

PUESTO QUE OCUPA: TESORERA

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVIDOR INSTITUCIONAL: PICHINCHA QUITO

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: JEFATURA FINANCIERA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: ING. IVONNE CARRERA

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

**Objetivo:** REUNION DE TRABAJO EN LA ANT

**Actividades Detalladas con horas:** Entrevista de trabajo para cuadros de los informes de los Meses de Enero , Febrero y primera semana de Marzo (Ing. Goevana Tutaicha )

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
HORA hh:mm	05:45	8:00	
	15:30	18:00	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
Terrestre	Vehículo institucional	Ambato-Quito	10/03/2016	5:45	10/03/2016	8:00
Terrestre	Vehículo Particular	Quito-Ambato	10/03/2016	15:30	10/03/2016	18:00

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

**OBSERVACIONES**

**SOLICITUD DE PAGO**

Por medio del presente, mediante la firma de este documento, solicito me autorice el pago de los valores correspondientes a la comisión realizada.

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO	NOTA
NOMBRE: ING. IVONNE CARRERA	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. Adicionalmente este formulario sirve como solicitud de pago del servidor comisionado.

**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: GLORIA SEGOVIA