



GAD MUNICIPAL SANTO DOMINGO

PROCURADURIA



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: **003-PM-PS-2015** FECHA DE SOLICITUD (dd-mmm-aaaa): **09 de Noviembre de 2015**

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR: **MARCO ANTONIO POZO SALTOS** PUESTO QUE OCUPA: **ANALISTA DE PROCURADURIA SINDICA**
 CIUDAD-PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: **QUITO-PICHINCHA** NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: **PROCURADURIA SINDICA MUNICIPAL**
 SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: **Ab. Marco Pozo y Sr. Wilson Cruz (Chofer).**

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Mediante orden de movilización Nro. 048617, me traslade a la ciudad de Quito a la Superintendencia de Bancos, a presentar un escrito dentro del reclamo de garantía que han sido canceladas por la aseguradora LATINA SEGUROS.

	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aa	29/10/2015	29/10/2015	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 dd-mmm-aa	06h40	14h30	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, Otros)	NOMBRE DEL TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	15-502	SANTO DOMINGO-QUITO	29/10/15	06h40	29/10/15	09h15
TERRESTRE	15-502	QUITO-SANTO DOMINGO	29/10/15	11h40	29/10/15	14h30

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

FIRMA DE LA O DEL SERVIDOR COMISIONADO:

NOMBRE: **AB. MARCO POZO
ANALISTA DE PROCURADURIA SINDICA**

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: **DR. WILMAN ARMIJOS ARCE
PROCURADOR SINDICO MUNICIPAL**

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

NOMBRE: **DR. WILMAN ARMIJOS ARCE
PROCURADOR SINDICO MUNICIPAL**

56680



09 NOV 2015
 Recibido por: Monica
 Hora: 17:24
 Firma: [Firma]



17 NOV 2015
 Recibido por: ANDREA Hora: 11:09
 Observaciones: [Firma]