|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO**  **DE SERVICIOS INSTITUCIONALES:**  *NÚMERO DE MEMORADNO O TELEGRAMA DE AUTORIZACION* | | | | | | | | **FECHA DE SOLICITUD:**  **24-03-2022** | | | | | | |  | |
| *Marcar con una* ***X*** *en los recuadros de: VIÁTICOS y/o MOVILIZACIONES, según corresponda* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **VIÁTICOS** |  | **MOVILIZACIONES** | | | |  | **SUBSISTENCIAS** | | |  | **ALIMENTACIÓN** | |  |  | |  | | |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **NOMBRES COMPLETOS Y NUMERO DE CEDULA DE LA O EL SERVIDOR:** | | | | | | | | **PUESTO QUE OCUPA:** | | | | | | |  | |
| *Registrar los nombres y apellidos*  *del señor asambleísta delegado con el número de cedula.* | | | | | | | | *Registrar el puesto y/o cargo*  *que el señor asambleísta delegado desempeña*  *en la Dirección o Unidad Administrativa donde presta los servicios.* | | | | | | |
| **CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL** | | | | | | | | **NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR** | | | | | | |  | |
| **QUITO-PICHINCHA** | | | | | | | | *Registrar el nombre completo de la unidad policial* ***donde actualmente presta sus servicios el*** *señor asambleísta delegado.* | | | | | | |
| **FECHA SALIDA**  **(dd-mmm-aaaa)** | | | **HORA SALIDA**  **(hh:mm)** | | | | | **FECHA LLEGADA**  **(dd-mmm-aaaa)** | | | | **HORA LLEGADA**  **(hh:mm)** | | |  | | |
| *Registrar el día, mes y año en números, en que el señor asambleísta delegado* ***SALE*** *a cumplir la comisión.* | | | *Hacer constar la hora y minutos en la que el señor asambleísta delegado* ***SALE*** *de su domicilio o lugar habitual de trabajo a cumplir la comisión.* | | | | | *Registrar el día, mes y año en números, de* ***LLEGADA*** *del señor asambleísta delegado al lugar de habitual de trabajo* | | | | *Registrar la hora y minutos de* ***LLEGADA*** *a su domicilio o lugar habitual de trabajo del señor asambleísta delegado.* | | |  | | |
| **SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:**  Hacer constar los nombres y apellidos, del señor delegado asambleísta | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **ACTIVIDADES A CUMPLIR /MOTIVO DE LA COMISION:**  *Detallar en tiempo* ***futuro*** *los objetivos, lugares y actividades más relevantes* ***a ejecutarse,***  *de forma clara y concisa, motivo de la comisión, otra información notable que describa el* ***trabajo a realizar*** *en el cumplimiento de la comisión de servicios instituciones.* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **TRANSPORTE** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| *Detallar la ruta utilizada para la salida y retorno en el cumplimiento de la comisión de servicios de acuerdo a la descripción de las actividades ejecutadas.* | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **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** | |  | | |
| *Registrar el tipo de transporte utilizado: TERRESTRE O AEERO* | *Registrar el nombre de la empresa y/o cooperativa de transportes* | | | *Registrar la ciudad de salida de*  ***donde se traslada el*** *señor asambleísta delegado hasta la ciudad de Quito, Ej.:*  Guayaquil– QUITO | | | | | *Registrar el día, mes y año en números, en que el señor asambleísta delegado* ***SALE*** *desde su domicilio o lugar habitual de trabajo hasta el lugar de comisión de servicios.* | *Registrar la hora y minutos en la que el señor asambleísta delegado* ***SALE*** *desde su domicilio o lugar habitual de trabajo hasta el lugar de comisión de servicios.* | | *25-03-2023* | *08H00* | |  | | |
| *Registrar el tipo de transporte utilizado: TERRESTRE O AEERO* | *Registrar el nombre de la empresa y/o cooperativa de transportes* | | | *Registrar la ciudad de retorno de*  ***donde se traslada el*** *señor asambleísta delegado Ejm:.*  QUITO- GUAYAQUIL | | | | | *25-03-2023* | *Registrar la hora de salida de la ciudad de Quito* | | *Registrar el día, mes y año en números, en que el señor asambleísta delegado* ***LLEGA*** *hasta su domicilio o lugar habitual de trabajo.* | *Hacer constar la hora y minutos en la que el señor asambleísta delegado* ***LLEGA*** *hasta su domicilio o lugar habitual de trabajo.* | |  | | |
| **DATOS PARA TRANSFERENCIA** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **NOMBRE DEL BANCO:** | | | | | **TIPO DE CUENTA:** | | | | | **No. DE CUENTA:** | | | | |  | | |
| *BANCO PACIFICO* | | | | | *AHORROS* | | | | | *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX* | | | | |
| **FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE** | | | | | | | | | **FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE** | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| **GRADO Y NOMBRE:**  SEÑOR ASAMBLEÍSTA DELEGADO  CI.:  GRADO: | | | | | | | | | **GRADO Y NOMBRE:**  CRNL JUAN JAVIER SILVA CABRERA  DIRECTOR EJECUTIVO DEL SCPN | | | | | |  | |
| **FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO** | | | | | | | | | **NOTA: Esta solicitud deberá ser presentada para su Autorización, con por lo menos 72 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales; salvo el caso de que por necesidades institucionales la Autoridad Nominadora autorice.**   * **De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubsistentes** * **El informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional**   **Está prohibido conceder servicios institucionales durante los días de descanso obligatorio, con excepción de las Máximas Autoridades o de casos excepcionales debidamente justificados por la Máxima Autoridad o su Delegado.** | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | |
| **GRADO Y NOMBRE:**  CRNL JUAN JAVIER SILVA CABRERA  DIRECTOR EJECUTIVO DEL SCPN | | | | | | | | |  | |