|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES** |
| **No. FORM** | **FECHA DE INFORME**: XXXXXXXX |
| **DATOS GENERALES** |
| APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR | PUESTO QUE OCUPA: |
| **XXXXXXXXXXXXXX** | **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** |
| CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR |
| XXXXXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXXXX |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:XXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| **INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS** |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**PRODUCTOS ALCANZADOS:**  XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |
| **ITINERARIO** | **SALIDA** | **LLEGADA** | NOTAEstos datos se refieren al tiempo efectivo 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. |
| **FECHA** **dd-mmm-aaa** | XXXXXXXXXX | XXXXXX |
| **HORA** **hh:mm** | XXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXX |
| **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** |
| XXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX | XXXXXXX | XXXXX | XXXXX | XXXX |
| XXXXXX | XXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX  | XXXXXX | XXXXX | XXXXXX | XXXX |
| 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** | NOTAEl 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. |
|  |  |  |
| XXXXXXXXXXX **XXXXXXXXXXXXXX** |
| **FIRMAS DE APROBACIÓN** |
| **FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO** | **FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA** **O SU DELEGADO** |
|  |  |
| XXXXXXXXXXXXXX**XXXXXXXXXXX** | XXXXXXXXXXXXXXXXXXX**XXXXXXXXXXXXXXXXXX** |
|  |  |