



Corporación Nacional  
de Finanzas Populares y Solidarias  
*Impulsando el Buen Vivir.*

CORPORACION NACIONAL DE FINANZAS POPULARES Y SOLIDARIAS  
"CONAFIPS"

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa)
010-MNSH-DG-2018	11/06/2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	PUESTO QUE OCUPA:
MERCEDES NUBE SALINAS HERRERA	PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DE LA CONAFIPS
CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR
AMBATO-TUNGURAHUA	DIRECCIÓN GENERAL

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

- MERCEDES SALINAS
- FREDDY PEREZ
- BYRON CUEVA
- PATRICIO ABAD

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS (objetivos)

**ENTREGA 10.7 MILLONES DE DÓLARES PARA LAS PROVINCIAS DE COTOPAXI Y TUNGURAHUA**

Actividades (por día)	Resultados Esperados:
<b>MIÉRCOLES 06 DE JUNIO 2018</b> TRASLADO A AMBATO	EVENTO ENTREGA DE DINERO A COOPERATIVAS DE AMBATO Y LATACUNGA EN COORDINACIÓN CON LA VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA.
<b>JUEVES 07 DE JUNIO 2018</b> ENTREGA DE 10.7 MILLONES DE DÓLARES A COOP. DE AHORRO Y CRÉDITO EN LAS PROVINCIAS DE AMBATO Y LATACUNGA.	

INTINERARIO		LUGAR DE SALIDA	DESTINO	KILÓMETROS
FECHA dd-mm-aa	HORA hh:mm	Domicilio/CONAFIPS (Dirección de inicio del viaje)		
06/06/2018	16:00	AMAZONAS Y JOSE DE VILALENGUA (CONAFIPS)	AMBATO	164.4
INTINERARIO		LUGAR DE RETORNO	DESTINO	KILÓMETROS
FECHA dd-mm-aa	HORA hh:mm		Domicilio/CONAFIPS (Dirección de finalización del viaje)	
07/06/2018	20:00	AMBATO	SUECIA Y CHECOSLOVAQUIA	164.4

**NOTA**

- Señalar en los espacios (dirección de inicio del viaje y dirección de finalización del viaje), la referencia específica del lugar de inicio y de finalización respectivamente, pudiendo ser el domicilio o las oficinas de la CONAFIPS, para el cálculo de kilómetros de distancia correspondiente. Conforme la Resolución N° CONAFIPS-DG-002-2016.
- Los datos de itinerario se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habitual o del cumplimiento del servicio institucional según sea el caso, hasta su llegada de estos sitios.

**TRANSPORTE UTILIZADO**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:m m	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	CONAFIPS/AMBATO	06/06/2018	16:00	06/06/2018	19:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	AMBATO/ QUITO	07/06/2018	17:00	07/06/2018	20:00

**NOTA 1:** En caso de haber utilizado transporte asignado por la Coordinación Administrativa, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**NOTA 2:** En caso que el servidor, con la autorización de la Coordinación administrativa, utilizó transporte cancelando con sus recursos, deberá adjuntar al informe las facturas respectivas.

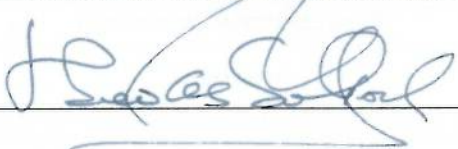
**HOJA DE RUTA DE MOVILIZACION EMPLEADA DENTRO DE LA CUIDAD DE PRESTACION DEL SERVICIO**

Nombre o tipo del Transporte	Ruta	Valor Pagado	SALIDA		LLEGADA	
			Fecha dd-mm-aa	Hora hh:mm	Fecha dd-mm-aa	Hora hh:mm

NOTA 1: El valor a ser reconocido, justificado con la hoja de ruta, conforme el Artículo 9 del Reglamento Interno de la CONAFIPS, no podrá ser superior a US \$ 16,00.

**OBSERVACIONES**

**FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO**



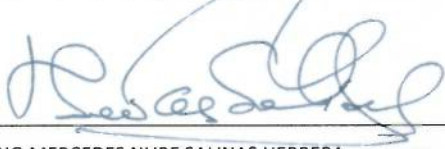
NOMBRE: ING.MERCEDES NUBE SALINAS HERRERA

**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

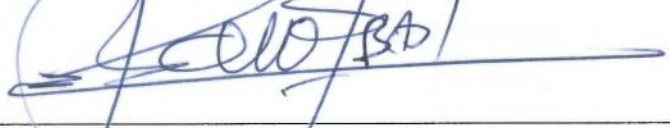
**FIRMAS DE APROBACIÓN**

**FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE (e) DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO**



NOMBRE: ING.MERCEDES NUBE SALINAS HERRERA

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



NOMBRE: ING JAIME PATRICIO ABAD NOVILLO

**DETALLE DE GASTOS DE ALIMENTACIÓN Y HOSPEDAJE**

Fecha dd-mm-aa	RUC Proveedor	Nombre Proveedor	No. Comprobante (Autorizado por SRI)	Valor


 CONAFIPS  
 Gobierno Nacional  
 de Planificación y Gestión  
 FINANCIERA  
 12 JUN 2018  
 RECEPCION DE DOCUMENTOS  
 FIRMA  HORA 16:40