|  |
| --- |
|  |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES** |
| Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES:   | FECHA DE LA SOLICITUD (dd-mmm-aaaa):  |
| VIÁTICOS |  | MOVILIZACIÓN |  | SUBSISTENCIA |  | ALIMENTACIÓN |  |  |
| **DATOS GENERALES** |
| APELLIDOS – NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:  | PUESTO QUE OCUPA: |
| CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR |
| FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa) | HORA SALIDA (hh:mm) | FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa) | HORA LLEGADA (hh:mm) |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES: |
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE: |
| **TRANSPORTE** |
| **TIPO DE TRANSPORTE**(Aéreo, terrestre, otros) | **NOMBRE DEL TRANSPORTE** | **ITINERARIO O RUTA** | **SALIDA** | **LLEGADA** |
| **FECHA**dd-mmm-aaaa | **HORA**hh:mm | **FECHA**dd-mmm-aaaa | **HORA**hh:mm |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DATOS PARA TRANSFERENCIA** |
| TIPO DE CUENTA | No. DE CUENTA | NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA |
| **FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE** | **FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE** |
|  |  |
| NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR | NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE |
| **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. |
|  |
| NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO |

VERSIÓN FORMULARIO MRL ACTUALIZADA 12/06/2013

|  |
| --- |
|  |
| **INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES** |
| Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES:   | FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa):  |
| **DATOS GENERALES** |
| APELLIDOS – NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:  | PUESTO QUE OCUPA: |
| CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: |
| **INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIRSE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

 |
| CANTIDAD DE FACTURAS: |  | NÚMERACIÓN DE FACTURAS:  |
| **ITINERARIO** | **SALIDA** | **LLEGADA** | **NOTA:** 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. |
| FECHA(dd-mmm-aaaa) |  |  |
| HORA(hh:mm) |  |  |
| **TRANSPORTE** |
| **TIPO DE TRANSPORTE**(Aéreo, terrestre, otros) | **NOMBRE DEL TRANSPORTE** | **RUTA** | **SALIDA** | **LLEGADA** |
| FECHAdd-mmm-aaaa | HORAhh:mm | FECHAdd-mmm-aaaa | HORAhh:mm |
|  |  |  |  |  |  |  |
| NOTA: En caso de haber utilizado: 1)Transporte público aéreo, fluvial o terrestre, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o pasajes  |
| **OBSERVACIONES** |
| FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO | 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. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE |
| **FIRMAS DE APROBACIÓN** |
| FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD  | FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO/A |
| NOMBRE | NOMBRE |