



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



SOLICITUD DE VIÁTICOS, MOVILIZACIONES Y SUBSISTENCIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE TAREAS OFICIALES O SERVICIOS INSTITUCIONALES						
Nro. SOLICITUD:			FECHA DE LA SOLICITUD (dd-mmm-aaaa):			
SELECCIONE LO QUE REQUIERA SOCITAR						
VIÁTICOS <input type="checkbox"/>		MOVILIZACIONES <input type="checkbox"/>		SUBSISTENCIAS <input type="checkbox"/>		
DATOS GENERALES						
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:			PUESTO:			
CIUDAD - PAÍS: Riobamba - Ecuador			NOMBRE DE LA UNIDAD DE LA O EL SERVIDOR Unidad de Transporte			
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)			
		(LUGAR HABITUAL DE TRABAJO)	(LUGAR HABITUAL DE TRABAJO)			
SERVIDORES(AS) QUE INTEGRAN LA COMISIÓN:						
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIRSE:						
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		MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO/A				
NOMBRE		FIRMA AUTORIZADO				
JEFA/E INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD						
FIRMA REVISADO						
NOMBRE		NOMBRE Dra. María Angélica Barba Maggi				
NOTA:						
<ul style="list-style-type: none"> De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedaran insubsistentes El informe de cumplimiento de servicios institucionales deberán presentarse dentro del término máximo de 4 días de cumplidos dichos servicios. 						



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



INFORME DEL CUMPLIMIENTO DE TAREAS OFICIALES O SERVICIOS INSTITUCIONALES						
Nro. DE INFORME:			FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa):			
DATOS GENERALES						
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:			PUESTO:			
CIUDAD - PAÍS:			NOMBRE DE LA UNIDAD DE LA O EL SERVIDOR			
SERVIDORES(AS) QUE INTEGRAN EL CUMPLIMIENTO DE TAREAS OFICIALES O SERVICIOS INSTITUCIONALES:						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIRSE:						
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	día(s)			
Hora Inicio de Labores el día de retorno						
TRANSPORTE UTILIZADO						
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, otros)	NOMBRE DEL TRANSPORTE	ruta	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
NOTA: En caso de haber utilizado: 1) Transporte público aéreo, fluvial o terrestre, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o pasajes y 2) vehículos institucionales, se adjuntará la hoja de ruta con tipo de vehículo, número de placa, kilometraje recorrido y los nombres, apellidos del conductor						
OBSERVACIONES						
FIRMA SERVIDOR/A			•			
FIRMAS DE APROBACIÓN						
JEFA/E DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA			MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO/A			
NOMBRE			NOMBRE			
			Dra. María Angélica Barba Maggi			