

COMPROBANTE CONTABLE

No. Comprobante : 285808
 Oficina Origen : 4050 GUAYAQUIL
 Area Origen : 224 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD
 Descripción : LIQ VIATICOS JULIO BENAVIDES 7-10-AG-17 PROV AZUAY
 Fecha Trans. : 21/08/2017
 Estado Comprbt. : NO MAYORIZADO / NO AUTORIZADO

Página: 1
 VALOR M. NACIONAL
 DEBITO CREDITO TIPO
 200.00 N N
 240.00 N N
 40.00 N N

No	COD/CUENTA	NOMBRE	Aux	NOMBRE	OFI	NOMBRE	Area	Concepto
1	19909009	VIATICOS Y SUBSISTENCIAS	0907627095	BENAVIDES CENTENO JULIO H	4050	GUAYAQUIL	224	CANCELA ANT JULIO BENAVIDES
2	45019027006	VIATICOS Y SUBSISTEN EL P	0907627095	BENAVIDES CENTENO JULIO H	4050	GUAYAQUIL	224	LIQ VIATICOS JULIO BENAVIDES 7-10-AG-17 PROV AZUAY
3	2990900021	TRANSF.AUTOMATICA INTERNA	2000100102	SUCURSAL GUAYAQUIL	4050	GUAYAQUIL	224	CR AH #0080501145 JULIO BENAVIDES

TOTALES REPORTE: 240.00

24 17:40:05 19 U jrguerrero@bueo
 253 N/C AHORROS SIN LIBRETA 657514073
 No.Cuenta: 0-08050114-5
 Nombre: BENAVIDES CENTENO JULIO HUMBERTO
 Indicador: 1 EFECTIVO
 Causa: 259 N/C AHORROS VARIOS
 Dpto: 113 024112000 DPTO. SERVICIOS BANCARIOS
 Valor: 40.00
 Ref BCE: CONT 285808



Resp. Unidad:

Revisado por:

Elaborado por: dperalta

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA COMISION DE SERVICIOS

00-siglas-2017

Fecha Solicitud: **31/07/2017** GUAYAQUIL Nro. Solicitud :

DATOS GENERALES

Apellidos-Nombres del Servidor: **JULIO HUMBERTO BENAVIDES CENTENO**
 Puesto: **ODONTOLOGO ZONA 5**
 Secuencial: **597**
 Lugar de la Comisión: **CUENCA**
 Nombre de la Unidad del Servidor: **GESTION DEL CAMBIO Y CULTURA ORGANIZACIONAL**

Fecha/Salida: **07/08/2017** Hora/Salida: **06:00** Fecha/Llegada: **10/08/2017** Hora/Llegada: **21:00 p.m.**
 (Lugar habitual de trabajo)

Descripción de las Actividades a realizarse : **CAMPAÑA DE FLUORIZACION, CHARLAS Y APERTURAS DE FICHAS ODONTOLOGICAS**

Servidores Integran Comisión: **JULIO BENAVIDES CENTENO**

TRANSPORTE

Tipo Transporte: **TERRESTRE**
 Nombre Transporte: **BANECUADOR**
 Ruta: **GUAYAQUIL-CUENCA**
 Fecha Salida: **07/08/2017** Hora Salida: **06:00**
 Fecha Retorno: **10/08/2017** Hora Retorno: **07:12**

LIQUIDACION

SERVIDOR	GRUPO OCUPACIONAL	NIVEL	CEDULA	VIATICO	SUBSISTENCIA	ALIMENTACION	TOTAL
Julio Benavides C	Odontólogo		917129975		0.00	0.00	0.00

DATOS PARA LA TRANSFERENCIA

Tipo de Cuenta: **AHORRRO** Número/Cuenta: **80501145** Banco: **BANECUADOR**

Dr: JULIO BENAVIDES CENTENO
COMISIONADO

EC. SORAYA BAJANA C.
JEFE INMEDIATO

EC. SORAYA BAJANA C.
AUT. GERENTES AREA ZONA 5

GERENTE GENERAL

NOTA: Esta Solicitud deberá ser presentada para su Autorización, con por lo menos 72 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales.

- * De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubistentes
- * El informe de las Actividades Realizadas y Productos Alcanzados deberá presentarse dentro del término de 4 días laborables de cumplida la Comisión
- * los días de descanso obligatorio se requiere la Autorización de la Gerencia General.

AUTORIZACION DE DEBITO

Yo, **JULIO BENAVIDES CENTENO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **0907627095** autorizo expresamente a BANECUADOR B.P., para que realice el descuento de mi Cuenta de Ahorros No. 0080501145 y en caso de no contar con los fondos suficientes, realice el descuento de mi rol o liquidación final de haberes, por no haber justificado el cumplimiento de la comisión de servicios institucionales.

Firma de Autorización

formato: 09/05/2016

Elaborado

SOLICITUD:

Apellido Nombre del Servidor:

DR.JULIO BENAVIDES CENTENO

C.C.

907627095

Lugar y fecha de la comision:

PROVINCIA DEL AZUAY-CUENCA 7-8-9-10 DE AGOSTO/2017

Dependencia:

GESTION DEL CAMBIO Y CULTURA ORGANIZACIONAL

FECHA	No. COMP. VENTA	EMISOR	CONCEPTO/DESCRIPCION	TOTAL
			peajes	-
			combustible	-
			otros	-
			movilización	
07/08/2017	13358	HOTEL RIO PIEDRA	hospedaje	105.00
07/08/2017	154522	REATAURAN MI PAMPA	alimentación	5.50
07/08/2017	16865	LA HUECA DEL CAGREJO	alimentación	12.05
07/08/2017	91843	RESTAURANT CORVEL	alimentación	10.01
08/08/2017	45584	POLLERIA LAS COLOMBIANAS	alimentación	10.00
08/08/2017	643	PICANTERIA SR.DE JUSTICIA	alimentación	10.00
09/08/2017	5424	EL TURISMO	alimentación	18.00
10/08/2017	752	RESTAURANT DANIELITA	alimentación	11.00
			VALOR REEMBOLSO	-
			Valor Justificado	181.56
			Calculo 70%	



ESTRELLA AGUILAR MARIA LORENA
RUC: 0101900256001 • Aut. SRI: 1120061765
DIR: BENIGNO MALO 8-59 Y MARISCAL SUCRE
TELF: 2834159 - 2824619 • email: raymi859@hotmail.com
Cuenca - Ecuador
"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD".

FACTURA N° 001-001-000154522

Cliente: JULIO BENAVIDES
C: 0907627095 Telf:
Dir: GUAYAQUIL
Fecha: 07/08/2017 Hora: 20:36:50

Cant	Descripción	P.Unit	Total
1	Locro de papas	4.018	4.018
1	Aguas aromaticas	0.893	0.893



SubTotal:	4.91
IVA 12%	0.59
Total:	5.50

FIRMA AUTORIZADA RECIBI CONFORME
FEJOO PORTILLA DIEGO EFRAIN • CONTIPEL • RUC: 0104861075001 • AUT. 13578 • TELF: (07) 2824821
N° 000145651 AL 000160650 • Fecha de Autorización: 10/Enero/2017 Fecha de Caducidad: 10/Enero/2018

ORIGINAL: Adquirente • 1° COPIA: Emisor

MARISQUERIA
La Hueca del Cangrejo
LETICIA MERCEDES GALLO MEJIA
 VENTA DE COMIDA Y BEBIDAS EN COMEDORES
 VENTA AL POR MAYOR Y MENOR DE PESCADOS Y MARISCOS
 Dir.: Av. Panamericana Sur S/N y Pascual Palomino
 Diagonal a la Gasolinera "PRIMAX"
 Telf.: 0998 287 269 ** 0992 465 520 * Naranjal - Ecuador

R.U.C.: 1721504122001
FACTURA
 002-001-00 0016865
 AUT. SRI: 1120540122
 FECHA DE AUTORIZACIÓN 07 - 04 - 2017

Sr(es): Julio BENAVIDES Centeno G. DE REMISIÓN:
 DIRC.: Sarayori FONO:
 F. DE EMISIÓN: 07-08-2014 R.U.C./C.I. 0907627095

CANT	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO	V. TOTAL
	Alimentación		10.75

PAGO
 CADUCA 07 ABRIL DEL 2018.
 SUB TOTAL 1 % \$ 10.75
 SUB TOTAL 0 % \$
 IMP. I.V.A. 1 % \$ 1.29
 VALOR TOTAL \$ 12.05
 Son: DOCE CANOS / 12.05

FIRMA AUTORIZADA: [Firma] RECIBI CONFORME: [Firma]
 GRAFICAS GARZON / YELA MAGALY GARZON MURILLO / R.U.C.: 0702438060001
 AUT. 6538 / Telf. 2750315 / Dir.: Av. Olmedo s/n y 45 de Octubre - Naranjal
 168. 050X2 DEL 00016101 - 0016900 - DOCUMENTO NO CATEGORIZADO
 ORIGINAL: CLIENTE
 COPIA: EMISOR



Vélez Rodríguez Ruth Elena.

"Obligado a Llevar Contabilidad"

R.U.C.: 0103085452001

AUT. DEL S.R.I. No 1120613666

Doc. Categorizado: NO

Dirección: Simón Bolívar 8-37 y Luntur
 Telf.: 2 251 556 • Telefax: 2 251 779
 e-mail: info@restaurantecorvel.com • Paute
 corvel1@hotmail.com



Verified as meeting
 Rainforest Alliance
 sustainable tourism
 requirements

FACTURA
001-001-

Nº 0091843

RUC: 0907627095

Cliente: JULIO BENAVIDES CENTENO

Dirección: GUAYAQUIL

Teléfono: 0993121785

Fecha: 07/08/2017

Referencia Sistema: 91843

Vendedor: Catherine Zhirzhan

Cantidad	Descripción	P. Unitario	P. Total
1	LLAPINGACHO CORVEL	4.0170	4.02
0.5	LOCO FALTERO	4.9100	2.46
0.5	JARRA DE NARANJA	4.9100	2.46

Observ:

Imp. Roland Graphic - Tel: 4091400 - Viri Landi Elvia Margarita - RUC: 0101541937001 - AUT. 2199
 Emis. 0090651 AL 0093150 - Fecha Autorización: 22 / Abril / 2017 - Fecha Caducidad: 22 / Abril / 2018. Adquiriente: Blanco - Emisor: Rosado

FORMA DE PAGO	
EFFECTIVO	X
DINERO ELECTRÓNICO	
TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO	
OTROS	

[Handwritten signature]
 FIRMA AUTORIZADA

[Handwritten signature]
 CLIENTE

SUBTOTAL	% \$	8.94
SERVICIOS 10	% \$	0.00
SUBTOTAL 0	% \$	0.00
DESCUENTO	12 \$	1.07
SUBTOTAL	\$	10.01
I.V.A.	% \$	
VALOR TOTAL	\$	

POLLERIA LAS COLUMBIANAS

Mogrovejo Campoverde Jorge Raúl RUC. 0101953370001

Dirección: Presidente Córdova 8-72 y Benigno Malo

Teléfono: 2839-932 Autorización SRI 1120651040

FACTURA Serie 001-001-00 **0045584**

Cuenca, 8 de Agosto del 2017 RUC.: 090421095
Cliente: JULIA BENAVIDES CENTENO
Dirección: Quimsaqui (Tel.: 0993121786)

ORIGINAL ADQUIRENTE - COPIA EMISOR

Cant.	DETALLE	P. Unit.	P. Total
1	Chusco	7.59	7.59
1	Caño	1.34	1.34

FORMA DE PAGO		Subtotal \$	893
Efectivo	\$ 10	IVA Tarif. 0% \$	
Dinero Elect.	\$	IVA 12% \$	107
Tarj. Deb./Créd.	\$	TOTAL \$	10
Otros	\$		

F. AUTORIZADA
F. CLIENTE

Mancero Alvarado Dolores Gerardina RUC. 0100751411001 Aut. 5729 Editorial "Fernández" Telf.: 411-43-25 * Cuenca
N° 44701-47200 Fecha de Impresión 28 / ABRIL / 2017 Válido hasta 28 / ABRIL / 2018

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: _____ FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaa) **16/08/2017**

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR(A) **JULIO HUMBERTO BENAVIDES CENTENO** PUESTO QUE OCUPA: **ODONTOLOGO ZONA 5**
 CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: **CUENCA** NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL SERVIDOR(A) **GESTION DEL CAMBIO Y CULTURA ORGANIZACIONAL**

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: **JULIO BENAVIDES CENTENO**

OBJETIVO DE LA COMISION: CAMPAÑA DE FLUORIZACION, CHARLAS Y APERTURAS DE FICHAS ODONTOLOGICAS

RESULTADO DE LA COMISION: SE REALIZO LA APERURA DE FICHAS ODONTOLOGICAS A 64 SERVIDORES/AS Y V Y SE IMPARTIO CHARLA Y APLICACIÓN DE FLUO OR A TODO EL PERSONAL DE LAS AGENCIAS Y SUCURSALES VISITADAS

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES CAMPAÑA DE FLUORIZACION, CHARLAS Y APERTURAS DE FICHAS ODONTOLOGICAS Y CAMPAÑA DE VACUNACION

OBSERVACIONES: NINGUNA

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	07/08/2017	10/08/2017	Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida y llegada del lugar de residencia y/o lugar habitual de trabajo.
HORA hh:mm	06:00	20:00	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DE TRANSPORT	ROTA	SALIDA		LLEGADA	
Aéreo	BANECUADOR	GUAYAQUIL-CUENCA	FECHA	HORA	FECHA	HORA
Terrestre BanEc			dd-mmm-aaaa	hh:mm	dd-mmm-aaaa	hh:mm
Otros			07/08/2017	06:00	10/08/2017	20:00

REEMBOLSO DE GASTOS

MOVILIZACIÓN	PEAJE	COMBUSTIBLE	IMPREVISTO	TOTAL	VALOR JUSTIFICADO
-	-	-	-	-	-

CONTROL Y LIQUIDACIÓN: La Unidad Financiera, realizara el control y la respectiva liquidación de los valores previamente asignados; sobre la base de los informes, pases a bordo, Certificado de Cumplimiento de la comisión por cada Sucursal visitada Avalada por el Gerente Responsable, Detalle del Justificativo (70%) de Gastos realizados en la comisión de hospedaje y alimentación.

FIRMA DEL SERVIDOR (A) NOTA
 El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplida la comisión, al Jefe Inmediato y/o Máxima Autoridad para su autorización, quien pondrá en conocimiento a la Unidad Financiera, caso contrario se tendrá que restituir los valores percibidos.
 NOMBRE: **JULIO HUMBERTO BENAVIDES CENTENO**
 CARGO: **ODONTOLOGO ZONA 5**

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO FIRMA JEFE INMEDIATO RESPONSABLE DE LA UNIDAD
 NOMBRE: **ECON.GLORIA FLOR S.** NOMBRE: **ECON.GLORIA FLOR S.**
 CARGO: **GERENTE AREA/ZONA 5** CARGO: **GERENTE AREA/ZONA**

VERSIÓN: MARZO 2014 CÓDIGO:

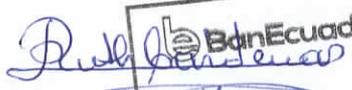
BanEcuador CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 07 DE AGOSTO DEL 2017
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: PAUTE
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Ing. Ruth Cárdenas Pesantez

En calidad de Gerente certifico que el servidor : **DR. JULIO BENAVIDES CENTENO**
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
LUNES	07/08/2017	16H14	17h40

Certifico que el servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.


Gerente / Responsable


Servidor

NOMBRE: Ing. Ruth Cárdenas Pesantez NOMBRE: DR. JULIO BENAVIDES CENTENO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal
GERENTE DE AGENCIA CANTONAL PAUTE



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÒN

FECHA: 08/082017

NOMBRE DE ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA AGENCIA CAÑAR

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE SR. REMIGIO MUÑOZ

En calidad de Gerente o Responsable de GERENTE DE AGENCIA CANTONAL

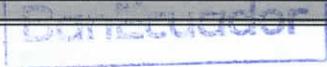
certifico que el sr/sra/srta DR. JULIO BENAVIDES CENTENO ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DIA	FECHA	HORAS DE ENTRADA	HORAS DE SALIDA
MARTES	08/08/2017	08h30	11H30

Certifico que el comisionado **SI** **NO** ha utilizado vehiculo de la institucion durante la comision.

GERENTE DE AGENCIA CANTONAL
NOMBRE: SR. REMIGIO MUÑOZ

Funcionario/Empleado
Nombre: DR. JULIO BENAVIDES CENTENO



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 08/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: BIBLIAN

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ECON. SANDRA OCHOA VICUÑA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : JULIO BENAVIDES

ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
martes	08/08/2017	12:00	13:00

Certifico que el Servidor

SI

ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional

NO NOMBRE: ECON. SANDRA OCHOA VICUÑA

Firma del Servidor

NOMBRE: JULIO BENAVIDES

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 08-ago-17
NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: Azogues
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Econ. Bayron Carrasco V.

En calidad de Gerente certifico que el servidor: Dr. Julio Benavides Centeno
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Martes	08/08/2017	14:00	17:00

SI ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.
Certifico que el servidor NO



GERENTE DE SUCURSAL
Gerente Responsable
AZOGUES
NOMBRE: Econ. Bayron Carrasco V.


Servidor
NOMBRE: Dr. Julio Benavides Centeno

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 28 de Junio del 2016

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: Zonal 6 Cuenca

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: CPA. Verónica Ludizaca Sicha

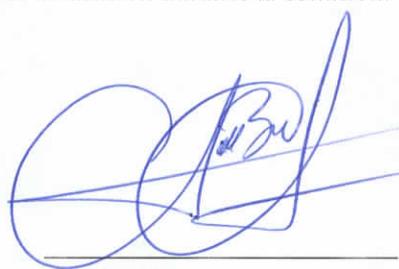
En calidad de Gerente certifico que el servidor: Dr. Julio Benavides Centeno
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Martes	08/08/2017	17:30	18:00

Certifico que el servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



Delegada de Servicios y Canales
NOMBRE: CPA: Verónica Ludizaca Sicha
BALCON DE SERVICIOS 1
AGENCIA CANTONAL
GUALACEO



Servidor
NOMBRE: Dr. Julio Benavides Centeno

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

FECHA: 09/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: SUCURSAL CAMILO PONCE ENRIQUEZ

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ECO. AZUCENA ASTUDILLO

En calidad de Gerente certifico que el servidor : DR. BENAVIDES CENTENO JULIO

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario: 11:51 A.M.

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIERCOLES	09/09/2017	11H51	13H00

Certifico que el Servidor **SI** **NO** ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión de servicios institucionales




 Gerente / Responsable


 Servidor

NOMBRE: ECO. AZUCENA ASTUDILLO **JEFE DE AGENCIA ZONAL** DR. BENAVIDES CENTENO JULIO
 CAMILO PONCE ENRIQUEZ

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 09/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: AGENCIA SANTA ISABEL

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Diego Arias Abad

En calidad de Gerente certifico que el servidor : Dr. BENAVIDES CENTENO JULIO

ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIÉRCOLES	09 de agosto de 2017	14h40	16h00

Certifico que el Servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional

Gerente / Responsable



Firma del Servidor

NOMBRE: Dr. BENAVIDES CENTENO JULIO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 09/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: GIRON

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Ing. Edgar Clavijo

En calidad de Gerente certifico que el servidor: **Dr. BENAVIDES CENTENO JULIO HUMBERTO**
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Miércoles	09/08/2017	17:00	18h00

Certifico que el servidor

SI

NO

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



Gerente/Responsable
CANTONAL GIRON

NOMBRE: Ing. Edgar Clavijo



Servidor

NOMBRE: Dr. BENAVIDES C. JULIO HUMBERTO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 10/08/2017
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: CUENCA/CUENCA
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. DAYANA FIGUEROA RODAS

En calidad de Gerente certifico que el servidor : DR. JULIO BENAVIDES CENTENO

ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIERCOLES	09/08/2017	08H30	15h30
JUEVES	10/08/2017	08H30	13H00

Certifico que el Servidor

SI

ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional

NO



Gerente / Responsable
GERENTE DE SUCURSAL
PROVINCIAL
CUENCA
ING. DAYANA FIGUEROA RODAS



NOMBRE:

NOMBRE:

Firma del Servidor

DR. JULIO BENAVIDES CENTENO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal