

## COMPROBANTE CONTABLE

No. Comprobante : 913277  
 Oficina Origen : 1 MATRIZ QUEVEDO  
 Area Origen : 224 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD  
 Descripción : OLMEDO CESAR 1091GA 14-18AGOST REVISION GENERADORES BAEZA  
 Fecha Trans. : 25/08/2017  
 Estado Comprob. : NO MAYORIZADO / No Autorizado:

No	COD/CUENTA	NOMBRE	Aux	NOMBRE	OFI	NOMBRE	Area	Concepto	DEBITO	CREDITO	TIPO
1	19909009	VIAATICOS Y SUBSISTENCIAS	0603883257	OLMEDO NORIEGA CESAR FABI	1	MATRIZ QUEVEDO	224	1091GA 14-18AGOST REVISION GENERADORES BAEZA		320.00	N
2	45019027006	VIAATICOS Y SUBSISTEN EL P	0603883257	OLMEDO NORIEGA CESAR FABI	1	MATRIZ QUEVEDO	224	1091GA 14-18AGOST REVISION GENERADORES BAEZA	319.69		N
3	29909090021	TRANSF.AUTOMATICA INTERNA	2000000001	MATRIZ QUEVEDO	1	MATRIZ QUEVEDO	224	CTA. 4009803746 OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN	0.31		N
TOTALES REPORTE :									320.00	320.00	

Página: 1

VALOR M. NACIONAL

DEBITO CREDITO TIPO

*PKR*

Elaborado por: *memendoza*  
 mendoza

Revisado por: *Carlos Hurtado*  
 Carlos Hurtado  
 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

Resp. Unidad: *B. P. QUEVEDO*  
 B. P. QUEVEDO  
 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

Aprobación Superior por: *B. P. QUEVEDO*  
 B. P. QUEVEDO  
 SUBGERENCIA DE TESORERIA

**SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Fecha Solicitud:	10/08/2017	Nro. Solicitud :	1091-GA-2017
------------------	------------	------------------	--------------

**DATOS GENERALES**

Apellidos-Nombres del Servidor:	OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN
Puesto:	ANALISTA SR. DE BIENES Y SERVICIOS
Secuencial	3242
Lugar del Servicio Institucional:	LAGO AGRIOS
Nombre de la Unidad del Servidor:	SUBGERENCIA DE ADMINISTRACION DE BIENES Y SERVICIOS

Fecha/Salida:	14/08/2017	Hora/Salida:	05:00	Fecha/Llegada:	18/08/2017	Hora/Llegada:	23:00	
				(Lugar habitual de trabajo)				

Descripción de las Actividades a Ejecutarse :	REVISIÓN DE GENERADORES Y EQUIPOS UPS
---	---------------------------------------

**Servidores que Integran el Servicio Institucional:**

CESAR OLMEDO

**TRANSPORTE**

Tipo Transporte:	TERRESTRE BBP		
Nombre Transporte:	PEI-7819-SZ		
Ruta:	QUITO-BAEZA-CHACO-LAGO AGRIO-PUTUMAYO-SHUSHUFINFI-COCA-DAYUM		
Fecha Salida:	14/08/2017	Hora Salida:	05:00
Fecha Retorno:	18/08/2017	Hora Retorno:	23:00

**VALOR TOTAL DEL VIATICO**

SERVIDOR	GRUPO OCUPACIONAL	NIVEL	CEDULA	VIATICO	SUBSISTENCIA	ALIMENTACION	TOTAL
OLMEDO NORIEGA CESAR FA	SERVIDOR PUBLICO 5	2	0603883257	320.00	0.00	0.00	320.00

**DATOS PARA LA TRANSFERENCIA**

Tipo de Cuenta:	Ahorros	Número/ Cuenta:	4009803746	Banco:	BANECUADOR
-----------------	---------	-----------------	------------	--------	------------

OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN  
FIRMA DEL SERVIDOR

ING. RICARDO CRUZ  
JEFE INMEDIATO

ABG. ANDRES CORAL  
AUT. GERENTES AREA / ZONAL

BanEcuador  
12:36 10/08/17  
ESTRIB. MENDOZA  
SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

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 cumplido el Servicio Institucional  
Está prohibido conceder Sservicios Institucionales los días de descanso obligatorio.

**AUTORIZACION DE DEBITO**

Yo, OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN identificado con la cédula de ciudadanía No. 0603883257 autorizo expresamente al BANECUADOR B.P., para que realice el descuento de mi Cuenta de Ahorros No. 4009803746 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 del Servicio Institucional.

Firma de Autorización

## INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

<b>Nro. SOLICITUD</b> 1091-GA-2017	<b>FECHA DE INFORME</b> 23/08/2017
---------------------------------------	---------------------------------------

### DATOS GENERALES

<b>APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR</b> OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN	<b>SECUE.</b> 3242	<b>PUESTO</b> ANALISTA SR. DE BIENES Y SERVICIOS
<b>LUGAR DEL SERVICIO INSTITUCIONAL</b> Lago Agrio	<b>NOMBRE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR</b> SUBGERENCIA DE ADMINISTRACION DE BIENES Y SERVICIOS	

### SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES

CESAR OLMEDO

### INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

#### Objetivo del Servicio Institucional:

Revisión de los equipos instalados por la Empresa Comercial Firmesa, para poder firmar el acta de recepción y proceder al pago del contrato.

#### Actividades Desarrolladas:

Resultados: Se determina en que sucursales se debe realizar mantenimiento eléctrico por parte de la Unidad Mantenimiento y revisión de los mismos por parte de la empresa, se capacita a los funcionarios a cargo de este sistema.

Actividades: Revisión de Equipos UPS, tableros eléctricos, verificando los voltajes de ingreso y salida de cada equipo Ups, verificar los sistemas de tierra, verificar el funcionamiento de los generadores eléctricos, equipos de aire acondicionado.

#### Productos Alcanzados

#### Observaciones:

TRANSPORTE UTILIZADO			SALIDA		LLEGADA	
TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DEL TRANSPORTE	RUTA	FECHA	HORA	FECHA	HORA
TERRESTRE BBP	PEI-7819-SZ	LAGO AGRIO	14/08/2017	05:00	18/08/2017	21:00

CONTROL Y LIQUIDACION: La Unidad Financiera o quien hiciera sus veces, realizará el control y la respectiva liquidación de los valores previamente asignados, sobre la base de los informes, pases a bordo, boletos de transporte terrestre, fluvial o marítimo utilizados, con la respectiva fecha y hora de salida, fecha y hora de llegada del Servicio Institucional.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	MOVILIZACIONES			REEMBOLSO GASTOS CHOFERES			
			MOVILIZ.	T.MARI.FLU	T.TERRESTRE	PEAJE	COMBUST.	IMPREV.	Total
FECHA	14/08/2017	18/08/2017							
HORA	05:00	21:00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	0.00
Hora inicio de labores el día de retorno	08:30		<b>VALOR JUSTIFICADO:</b> 228.69						

BanEcuador  
11.47 24/08/17  
Esther Mendoza  
SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

*[Firma manuscrita]*

**FIRMA DEL SERVIDOR**

OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN

**ART.14**

El presente informe se entregará dentro del término máximo de 4 días de cuando el Servicio Institucional al jefe inmediato y Gerente de Area para su aprobación y autorización respectiva, quien pondrá en conocimiento a la Unidad Financiera, o quien hiciera sus veces.

### FIRMAS DE APROBACIÓN Y AUTORIZACION

<b>JEFE INMEDIATO</b>	<b>AUT. GERENTE DE AREA / ZONAL</b>
<i>[Firma manuscrita]</i>	<i>[Firma manuscrita]</i>
<b>NOMBRE:</b> ING. RICARDO CRUZ	<b>NOMBRE:</b> ABG. ANDRES CORAL



**DETALLE QUE JUSTIFICA LOS GASTOS DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

FECHA: 10/08/2017 RUTA: QUITO-BAEZA-CHACO-LAGO AGRIO-PUTUMAYO-SHUSHUFINFI-COCA-DAYUMA-TENA-QUITO SALIDA: 14/08/2017 05:00 LLEGADA:

**Nombre del Servidor:** OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN

**Secuencial:** 3242

**Lugar y Fecha del Servicio Institucional:** Lago Agrio - 14/08/2017

**Dependencia:** SUBGERENCIA DE ADMINISTRACION DE BIENES Y SERVICIOS

FECHA	N° COMPROBANTE VENTA	EMISOR	CONCEPTO / DESCRIPCIÓN	TOTAL
14/08/2017	20917	ALIMENTACION	ALIMENTACION	3.00
14/08/2017	2275	ALIMENTACION	ALIMENTACION	15.00
14/08/2017	8522	HOSPEDAJE	HOSPEDAJE	35.00
14/08/2017	85361	ALIMENTACION	ALIMENTACION	3.50
15/08/2017	44	ALIMENTACION	ALIMENTACION	15.00
15/08/2017	4559	ALIMENTACION	ALIMENTACION	3.36
16/08/2017	17179	HOSPEDAJE	HOSPEDAJE	19.00
16/08/2017	21059	ALIMENTACION	ALIMENTACION	4.48
16/08/2017	3720	ALIMENTACION	ALIMENTACION	19.75
16/08/2017	4074	ALIMENTACION	ALIMENTACION	15.00
16/08/2017	728	HOSPEDAJE	HOSPEDAJE	40.00
17/08/2017	2405	ALIMENTACION	ALIMENTACION	12.00
17/08/2017	36025	ALIMENTACION	ALIMENTACION	5.00
18/08/2017	3987	HOSPEDAJE	HOSPEDAJE	33.60

**Valor Movilización y/o Combustible, Peaje USD** **0.00**

<b>Justifica</b>	223.69
<b>Calculo 70%</b>	224.00
<b>Diferencia</b>	-0.31

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SERVIDOR**

223,69  
96,00  

---

319,69

ESTABLECIMIENTO:  
Av. Quito y Pasaje  
Gonzanamá  
TELF.: 06-2833-862  
\*Lago Agrio - Ecuador

MATRIZ: Lavalle 20-16  
y Olmedo - Riobamba

SERVICIO DE HOSPEDAJE EN HOTELES

# HOTEL RESIDENCIA

## Canaima

GUAMAN YAURIPOMA ANDRÉS

RUC.: 0600628374001  
AUT. SRI: 1120128918

**FACTURA** SERIE 002.001 **000008522**

Cliente: Cesar Olmedo  
Dirección: QUITO  
Fecha: 16-08-2017 Telf.: 022039220  
Cl. RUC: 0603883257 Guía Rem. No.:

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
1	Hospedaje		31.25

TEL "CANAIMA"  
0600628374001  
06-2833-862  
Lago Agrio - Ecuador

**FORMA DE PAGO**

EFFECTIVO  DINERO ELECTRÓNICO  OTROS

Valencia Freire Mónica Natalia - Imp. Cristian • Telf.: 062-833-167 • RUC.: 2100039425001  
Aut. 1360 \* Impreso del 8201 al 8700 • el 20/01/2017 • Válida su emisión hasta 20/01/2018

Sub Total 14%: 31.25  
Sub Total 0%:  
Descuento:  
Sub Total:  
IVA 14%: 3.075  
TOTAL: 35.60

Documento Categorizado: NO ORIGINAL: Adquirente • COPIA: Emisor



# HOSTAL UNICORNIO

CAMPOS EDISON WILFRIDO  
Servicio de Hospedajes en Hoteles

Dirección: Av. 9 de Octubre s/n y Miguel Gamboa  
Telf.: 062 882-293  
FCO. ORELLANA, ECUADOR

**FACTURA**  
S 001 - 001  
**000017179**  
RUC: 1203093214001  
AUT SRI. 1120961030

CLIENTE: OLMEDO NORIEGA CESAR  
RUC./C.I.: 0603883257  
DIRECCION: QUITO  
FECHA: 16/08/2017  
TELF.: 0984015214

NOCHES	HABITACION N° 1 DETALLE	V. UNITARIO	V. TOTAL
1			

"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"

\* QUIMICO ORIGINAL: ADQUIRIENTE \* COPIA1: EMISOR COPIA2: SIN VALOR TRIBUTARIO

FORMA DE PAGO: EFFECTIVO  DINERO ELECTRÓNICO  TARJETA DE DÉBITO O CRÉDITO  OTROS

HOSPEDAJE DEL DIA 16 DE AGOSTO DEL 2017

Sub-TOTAL	16.96
SERVICIO %	0.00
IVA TARIFA 12 %	2.04
TOTAL USD \$	19.00

Cliente: [Signature] Contador: [Signature] El Administrador: [Signature] Cajero: \_\_\_\_\_



# HOTEL AMAZÓNICO

VEJAR CARDENAS ELAINE SILVANA

Dir.: Sector La Y, Ceslao Marín y Atahualpa  
Puyo \* Pastaza

granhotelamazonico@yahoo.com Telf: 032883-094



RUC: 1600253981001

FACTURA 001-001-

Nº 003987

AUT. SRI: 1119667621

FECHA EMISIÓN: Puyo, 2017/08/18

R.U.C / C.I. 060388227

GUÍA DE REMISIÓN:

Sr (es): CESAR OMEGA

DIRECCION: QUITO

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO	V. TOTAL
	Hospedaje.	30 <sup>00</sup>	30 <sup>00</sup>

**FORMA DE PAGO**

EFFECTIVO \_\_\_\_\_

DINERO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

TARJETA DE CREDITO/ DEBITO \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

HOTEL AMAZONICO

RUC 1600253981001

Puyo Ecuador

*[Signature]*

SUB TOTAL	30 <sup>00</sup>
DESCUENTO	
IVA 12 %	3,60
IVA 0 %	
VALOR TOTAL	33,60

Original: Adquirente / Copia: Emisor

RECIBI CONFORME

# Comedor "DENNY"

Preciado Mendez Denny Eil. \*VENTA DE COMIDAS Y BEBIDAS EN COMEDOR PARA SU CONSUMO INMEDIATO

Dir.: Lotización el Chofer 20 de Junio S/n y Venezuela Edificio Centro Gastronómico Local N° 11

LAGO AGRIO - SUCUMBIOS - ECUADOR

TELÉFONO: 062 831 856

RUC.: 1706701859001 \*\*AUT. SRI.: 1121006799

**Nota de Venta**  
SERIE: 001-001-00

FECHA: 14 08 2017

0020917

CLIENTE: CESAR OLMEIDA

DIRECCIÓN: QUITO

RUC: 0603883257 TEL: 022039020

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
1	Consumo		3.00
<b>TOTAL</b>			3.00

MONTO AUT.: ACTIVIDADES DE HOTELES Y RESTAURANTES HASTA \$150

Son: 100 Dólares

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

IMP. NUEVA IMAGEN Darwin Homero Gavilanez Guajala RUC: 2100245402001 Tel: 062 832 737

VALIDO HASTA 30/JUNIO/2018

## RESTAURANT EL GRAN CHEFF

CARMEN JULIA GUARNIZO CUMBIUS

Dir: Via Quito sn y Rafael Ferrer

Tel: 062 340 027 \*Cel: 099 940 8676

Gonzalo Pizarro - Sucumbios - Ecuador

RUC: 1102964192001

AUT. S.R.I.: 1119561282

**Nota de Venta**  
SERIE: 001 - 001 - 00

Nº 0002275

Señor (es): CESAR OLMEIDA

C.I. o R.U.C.: 0603883257 Fecha Emisión: 14-08-17

Dirección: QUITO

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
1	Consumo		15.00
<b>TOTAL</b>			15.00

ACTIVIDADES DE HOTELES Y RESTAURANTES HASTA \$150.00

Son: 15.00 dólares

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

IMPRESO 05/Octubre/2016 \*CADUCA 05/Octubre/2017

## Granizo Molina Monica Elizabeth RESTAURANT EL CHAMAQUITO

R.U.C. 1600209603001

**FACTURA**  
S. 001- 001  
000085361

Aut. S.R.I. 1121136059

Dirección: Matriz y Establecimiento VIA QUITO S/N

Tel: 062 320-606 / Cel. 0988337227

QUIJOS - NAPO - ECUADOR

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD

CLIENTE: CESAR OLMEIDA

R.U.C.: 0603883257

DIRECCIÓN: Caldera Quito

FECHA: 14 08 2017

FECHA: AUT. 21 / 07 / 2017 / CADUCA EL 21 / JULIO / 2018

CANT.	DETALLE	V. UNIT.	TOTAL
1	Almuerzo Joven		3.13
<b>TOTAL</b>			3.13

FORMA DE PAGO: EFECTIVO 3.50

DOCUMENTO NO CATEGORIZADO

SUBTOTAL 3.13

12 % IVA 0.37

0 % IVA

TOTAL \$ 3.50

JIMENEZ LARA ELIECER NICANOR, IMPRENTA "MULTIGRAFICAS" R.U.C. 0200962314001 Tel: 2847682

Autorización S.R.I. 4089 - Núm. del 84701 al 86700 Original: Adquirente/Copia: Emisor

## "BROASTER BURGUER"

Bailon Arboleda Vidian Annabel

VENTA DE COMIDAS Y BEBIDAS EN RESTAURANTE INCLUSO PARA LLEVAR.

Dir. Matriz Establ.: ELOY ALFARO AV. UNIDAD NACIONAL SHUSHUFIADI - SUCUMBIOS - ECUADOR

RUC.: 0801485012001

AUT. SRI 1120864426

CLIENTE: CESAR OLMEIDA

DIRECCIÓN: QUITO

FECHA: 15/08/2017

C.I. RUC: 0603883257

Monto Autorizado por Transacción: - ACTIVIDADES DE HOTELES Y RESTAURANTE hasta \$ 150.0

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
1	Consumo	15.00	15.00
<b>TOTAL</b>			15.00

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

TOTALS \$ 15.00

TUBAY PIBAQUE VICTOR DANIEL "Imprenta a Tubay"

RUC: 1710042540001 Aut. 13528 N°-001 al 100

Fecha de Autorización 06 / Junio / 2017

Fecha de caducidad: 06 / Junio / 2018

ORIGINAL: Adquirente • COPIA: Emisor

RESTAURANTE Castillo Ojeda Gloria Esperanza



# CENTRAL

Venta de comidas y bebidas en general  
Tlf.: 062 369 092  
Dir.: B. Simon Bolivar - Simon Bolivar s/n y Eloy Alfaro  
PUTUMAYO - SUCUMBÍOS - ECUADOR

# FACTURA

RUC: 1103255764001  
AUT. SRI.: 1120827826  
SERIE: 001-001  
Nº 000004559

Cliente: CEAR OJEDA

Dirección: QUITO

Fecha: 15 / AGOSTO / 2017 Telf.: 022039020

CI. RUC: 0603883257 Guía Rem. No.:

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
	<u>Consumo</u>	<u>-M-</u>	<u>3.00</u>

Son: \_\_\_\_\_ USD.

FORMA DE PAGO

EFFECTIVO  DINERO ELECTRÓNICO  TARJETA CRÉDITO / DÉBITO  OTROS

BoX FIRMA AUTORIZADA [Signature] FIRMA CLIENTE

VALENCIA FREIRE MONICA NATALIA - Imp. Offset Cristian • RUC.: 2100039425001 • Aut. SRI 1360  
•• Impreso del 4476 al 4875 •• el 31/05/2017 \*Válido para su emisión hasta 31/05/2018

SUB TOTAL	%
SUB TOTAL	0 %
DESCUENTO	
SUB TOTAL	
IVA <u>12</u> %	<u>0.36</u>
VALOR TOTAL	<u>3.36</u>

ORIGINAL - Adquirente / COPIA: Emisor

DOCUMENTO CATEGORIZADO: NO

Actív. Serv. hasta \$ 250 Contribuyente Régimen Simplificado.

**Diana María Torres Tipán**

RUC: 0802271403001

NOTA DE VENTA

No. 001-001 **003720**

Autoriz. SRI 1120731406

VENTA DE COMIDAS RAPIDAS

Direc: ALMA LOJANA Av. Alejandro Labaka s/n Telf. 0991912491

FRANCISCO DE ORELLANA - ECUADOR

Señor: CEAR OJEDA

Fecha: 16/08/2017

Direc.: QUITO

RUC: 0603883257 Telf.: 022039020

Cant.	DESCRIPCION	V. UNIT	V. TOTAL
	<u>Consumo</u>	<u>-M-</u>	<u>19.75</u>

FORMA DE PAGO

EFFECTIVO  DINERO ELECTRÓNICO  OTROS

TARJETA DE CREDITO/DÉBITO

[Signature]

Recibí Conforme Entregué Conforme

TOTAL \$ 19.75

Recibí Conforme Entregué Conforme

Ruiz Torán Heirán Bolívar Imprenta Orellana RUC. 1500073653007 Autorización 1194

Impreso el 16/08/2017 a las 15:51 N. Venta 4501 - 4100 Caduca 15/mayo/2018





# Casa Grande FINDI

## FACTURA

SERIE: 002-001

### 000000728

SERVICIOS DE HOSPEDAJE EN HOSTERÍAS.  
VENTA DE BEBIDAS, CERVEZA Y TRAGOS AL PASO PARA  
SU CONSUMO INMEDIATO (BARES, CANTINAS).  
SERVICIO DE VENTA DE COMIDAS Y BEBIDAS PREPARADAS  
E-mail: [casagrande\\_hosteria@hotmail.com](mailto:casagrande_hosteria@hotmail.com) / Telf: 062-839-648 / 2839-117 / 099 226 8349

Valdivieso Burneo Beatriz Lucrecia  
Número de Aut.: 1121105755  
Shushufindi - Ecuador  
Documento Categorizado: NO

Dirección de la Matriz y Establ.: EL CISNE VENEZUELA SN Y 10 DE AGOSTO RUC: 1704791290001

Cliente:

**CESAR OLMEDO NORIEGA**

Dirección:

**QUITO**

Fecha:

**16/08/2017**

Telf:

**0995236109**

C.I. RUC:

**0603883257**

Guía Rem. No.

Por lo siguiente:

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
1	SERVICIO DE HOSPEDAJE HAB :A4	35,71	35,71

**Casa Grande  
FINDI HOSTERIA  
CANCELADO  
RUC: 1704791290001**

Son: **CUARENTA DOLARES**

**00/USD** USD.

FORMA DE PAGO	EFFECTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
	DINERO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>
	TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO	<input type="checkbox"/>
	OTROS	<input type="checkbox"/>

**"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"**

Fecha de Autorización: 18/Julio/2017  
Fecha de Caducidad: 18/Julio/2018

SUB TOTAL 12 %	
SUB TOTAL 0%	
DESCUENTO	
SUB TOTAL	<b>35,71</b>
I.V.A. 12%	<b>4,29</b>
VALOR TOTAL	<b>40,00</b>

*[Firma Autorizada]*  
Firma Autorizada

*[Firma Cliente]*  
Firma Cliente

Original - Adquiriente Copia - Emisor / 2da Copia Contabilidad

\*Contribuyente de Régimen Simplificado\*  
R.U.C.: 2100266804001  
NOTA DE VENTA - RISE  
001 - 001 - 0001  
**04074**  
Nº. Aut S.R.L.: 1121247170  
Fecha de Aut.: 10 / 08 / 2017

**EL CAÑABERAL**  
RODRIGUEZ FAJARDO WILSON PATRICIO  
SERVICIOS DE VENTA DE COMIDA  
Direc. Barrio BARRASO AMAZONICO  
Av. 9 de Octubre s/n. y Sucre  
ORELLANA - ECUADOR  
Cel.: 0968388243  
Actividades de Servicio  
Categorial - Monto 250,00

Cliente: **Cesar Olmedo**  
RUC: **0603883257** Fecha: **16/08/2017**  
Dirección: **Quito** Telf: **0995236109**

CANT.	DETALLE	V. UNIT.	VALOR TOTAL
1	Consumo	40,00	40,00

TOTAL **40,00**  
Original: Adquiriente / Copia : Emisor  
FIRMA AUTORIZADA  
RECEBI CONFORME

IMPRESA "LA NUEVA GENERACIÓN" ( Shushufindi) Telf.: 2839 - 312 Campoverde Jiménez Darwin Noe - RUC: 2100165832001 - AUT: 6759 - N° de Fact. 701 al 800

# HOTEL BAR RESTAURANTE PATRICIA

Figueroa Montalvan Olga Beatriz

Dirección: Matriz y Estal.: Central Av. Unidad  
Nacional s/n y Av. De la Policía Nacional

Telf: 062 839 - 188 SHUSHUFINDI - SUCUMBIOS - ECUADOR

## FACTURA

SERIE  
001 - 001

R.U.C.: 0906566583001

AUT.: S.R.I. 1120958932

Documento  
Categorizado:  
NO **000021059**

"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"

Fecha: 16/08/2017 R.U.C.: 0603883257  
 Cliente: CESAR OLIVERA  
 Dirección: Quito Telf: 02239020

CANT.	DESCRIPCIÓN	V. UNIT.	V. TOTAL
	<u>Alimentación</u>		<u>4.48</u>

Son Cuatro con cuarenta y ocho SUBTOTAL 4.48

<b>FORMA DE PAGO</b>	EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	Usd. Original - Adquiriente/Copia - Emisor 2da Copia Sin Derecho a Crédito Tributario Fecha de Autorización: 22/Junio/2017 Fecha de Caducidad: 22/Septiembre/2017 IMPRENTA "LA NUEVA GENERACIÓN" (Shushufindi) Campoverde Jiménez Darwin Noe *RUC; 2100465832001 AUT; 6759 - / N° DE FACT. 20701 AL 21200	IVA 0%	
	DINERO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>		I.V.A. 12%	<u>0.48</u>
	TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO <input type="checkbox"/>		PROPINA	
	OTROS <input type="checkbox"/>		<b>TOTAL \$</b>	<u>4.48</u>

F. Cliente: [Signature] F. Autorizada: [Signature]

**MENDOZA CALDERON IVAN FLORENTINO** RUC: 1500691090001  
 DIREC.: EL TRIUNFO VIA TENA S/N Y ENTRADA SANTA ROSA - LORETO  
**RISE**  
 HOTELES Y RESTAURANTES HASTA 150.00  
 CONTRIBUYENTE REGIMEN SIMPLIFICADO

**NOTA DE VENTA**  
 SERIE 001 - 001  
**000002405**

AUTOR. SRI. 1121179900

CLIENTE: CESAR OLMEDO  
 DIRECCIÓN: QUITO  
 RUC.: 0603983257 FECHA: 17/08/17  
 FECHA DE CADUCIDAD: 06/10/2017 ORIGINAL: Adquiriente - COPIA: Emisor

CANT.	DETALLE	V. UNITARIO	V. TOTAL
	Consumo	-1-	12.00

**FORMA DE PAGO**

EFFECTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
DINERO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>
TARJETA CREDITO/DÉBITO	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

TOTAL \$ 12.00  
 RECIBI CONFORME

GAVILANEZ MORETA NORMA ELISA "LIBRERÍA PAPELERIA E IMPRENTA ROBALINO"  
 RUC: 1600251597001 - AUTORIZ. 3849 FECHA IMP. 2017 - 07 - 31 NUM. 2001 AL 3000  
**CEVICHERIA EL COLORADO** RUC.: 1311570145001  
 MERA BURGOS SEGUNDO ANTONIO **FACTURA**  
 VENTA DE COMIDAS Y BEBIDAS EN S 001-001  
 CEVICHERIAS PARA SU CONSUMO INMEDIATO **00036025**  
 Dir.: Napo s/n y Chimborazo  
 Telf.: 0989674646  
 ORELLANA - ECUADOR  
 AUT. SRI 1121160261

Fecha: 17/08/2017 RUC/CI: 0603983257  
 Cliente: CESAR OLMEDO  
 Dirección: QUITO Teléfono: 0224390

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	V. TOTAL
	Alimentación		4,46

**FORMA DE PAGO**

EFFECTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
DINERO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>
TARJETA DE CREDITO/DÉBITO	<input type="checkbox"/>
CHEQUE	<input type="checkbox"/>
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	<input type="checkbox"/>

F. AUTORIZADA  
 RECIBI CONFORME

SUBTOTAL	4,46
I.V.A 0%	
I.V.A. 12%	0,54
TOTAL USD	5

ORIGINAL CLIENTE COPIA EMISOR

CADUCA EL 27 DE JULIO DEL 2018

## INFORME DE GESTIÓN DE COMISIÓN UPS

Objetivos:		Realizar la inspección de campo de las instalaciones de ups de las agencias						
	Agencias visitadas	Horario entrada	Horario de Salida	UPS Contrato potencia (KVA)	UPS Instalado (KVA)	Aires Acondicionados	Observaciones	
Lunes 14 agosto/2017	Baeza	08:00 h	09:30 h	6	6	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
	Chaco	10:00 h	11:00 h	3	3	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
	Lumbiqüi	12:30 h	15:00 h	N/A	N/A	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
	Lago Agrio	16:00 h	18:00 h	10	10	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
Martes 15 agosto/2017	Agencias visitadas	Horario entrada	Horario de Salida	UPS Contrato potencia (KVA)	UPS Instalado (KVA)	Aires Acondicionados	Observaciones	
	Putumayo	11:25 h	14:30 h	3	3	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
	Tarappa	16:00 h	18:00 h	N/A	N/A	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
Miercoles 16	Shushufindi	06:30 h	20:00 h	10	10	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		
	Agencias visitadas	Horario entrada	Horario de Salida	UPS Contrato potencia (KVA)	UPS Instalado (KVA)	Aires Acondicionados	Observaciones	
	Shushufindi	08:00 h	10:00 h	10	10	Aires Acondicionados en mal estado falta de mantenimiento		



### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 2017-08-14

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: BAEZA

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. DANIELA ELIZABETH CAICEDO ALBAN

En calidad de Delegada de Servicios y Canales certifico que el servidor: Ing. CESAR OLMEDO ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
LUNES	14/08/2017	08h00	09h30

Certifico que el servidor  SI  NO

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.

  
Gerente / Responsable  
NOMBRE: Ing. DANIELA CAICEDO

  
DELEGADO SERVICIOS Y CANALES  
AGENCIA CANTONAL  
BAEZA

  
Servidor  
NOMBRE: Ing. CESAR OLMEDO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 14/08/2017  
NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: Oficina Especial El Chaco  
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Lic. Yajaira Yumbo

En calidad de Gerente certifico que el servidor: Cesar Olmedo  
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Lunes	14/08/2017	10:00	11:00

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

  
Gerente / Responsable  
NOMBRE: Lic. Yajaira Yumbo

  
Servidor  
NOMBRE: Cesar Olmedo

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION**

FECHA: 14/08/2017  
 NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: Lumbaqui  
 NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Ing. Katia Acosta

En calidad de Gerente certifico que el servidor : Cesar Olmedo

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
LUNES	14/08/2017	12:30	15:00

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

  
 Gerente / Responsable  
 Katia Acosta  
 JEFE DE AGENCIA  
 CANTONAL LUMBAQUI

  
 Servidor  
 Cesar Olmedo

NOMBRE:

NOMBRE:

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

FECHA: 14/08/2017  
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: LAGO AGRIO  
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: DR. JONH ACOSTA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
LUNES	14/08/2017	16:00 PM	18:00 PM

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

Gerente / Responsable  
GERENTE DE SUCURSAL  
PROVINCIAL  
LAGO AGRIO

Servidor  
NOMBRE: OLMEDO NORIEGA CESAR FABIAN

NOMBRE:

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal





# CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

Número \_\_\_\_\_

FECHA: 15/08/2017NOMBRE DE ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA PUTUMAYONOMBRE GERENTE O RESPONSABLE CARMITA CORNEJO LONDOÑO

En calidad de Gerente o Responsable de OFICINA ESPECIAL PUTUMAYO  
 certifico que el sr/sra/srta ING. CESAR OLMEDO NORIEGA ha cumplido la comisión programada  
 de acuerdo al siguiente horario:

DIA	FECHA	HORAS DE ENTRADA	HORAS DE SALIDA
MARTES	15/08/2017	11:25:00 a.m.	14:30 PM

Certifico que el comisionado **SI**  **NO**  ha utilizado vehículo de la institución durante la comisión.

DELEGADO DE SERVICIOS Y CANALES  
 NOMBRE: ING. CARMITA CORNEJO LONDOÑO

Funcionario/Empleado  
 Nombre: ING. CESAR OLMEDO NORIEGA



### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 15-ago-17

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: OFICINA ESPECIAL TARAPOA

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: MERCY CECILIA PANTOJA

En calidad de Gerente certifico que el servidor: ING.CESAR OLMEDO  
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MARTES	15/08/2017	16:00:00 p.m.	18:00 PM

Certifico que el servidor **SI**  **NO**

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



*(Handwritten signature of Mercy C. Pantoja)*  
Gerente / Responsable  
NOMBRE: MERCY C. PANTOJA

*(Handwritten signature of Ing. Cesar Olmedo)*  
Servidor  
NOMBRE: ING. CESAR OLMEDO





### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 16/08/2017  
NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: SHUSHUFINDI  
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: PAOLA JIMENA RIOS

En calidad de Gerente certifico que el servidor: ING. CESAR OLMEDO  
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MARTES	15-ago-17	18:00	20:00
MIÉRCOLES	16-ago-17	08:00	10:30

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



NOMBRE: PAOLA JIMENA RIOS  
Delegado de Servicios y Canales "E"



NOMBRE: ING. CESAR OLMEDO  
Servidor

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

### CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

FECHA: 16/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: AGENCIA JOYA DE LOS SACHAS

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. NIXON VALLADOLID CUEVA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : OLMEDO CESAR

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
miercoles	16/08/2017	11:00:00 a.m.	12:30:00 p.m.

Certifico que el Servidor  SI  NO

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión de servicios institucionales

  
  
ING. NIXON VALLADOLID  
NOMBRE:  
  
Elaborado por: Subgerencia de Contabilidad  
OLMEDO CESAR  
NOMBRE:

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 16/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: SUCURSAL FRANCISCO DE ORELLANA

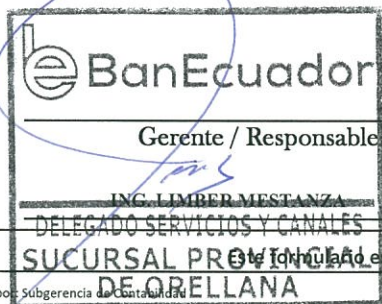
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. LIMBER MESTANZA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : ING. CESAR OLMEDO

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

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIÉRCOLES	16/08/2017	14:H00	18:H00

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



Firma del Servidor  
NOMBRE: ING. CESAR OLMEDO

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 17/08/2017  
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: DAYUMA  
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: SRA. ANA GORETTY RON VELEZ

En calidad de Gerente certifico que el servidor : ING. CESAR OLMEDO

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

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
JUEVES	17/08/2017	09:00	11:H00

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



Gerente / Responsable



OFICINA ESPECIAL  
DAYUMA  
NOMBRE:



Firma del Servidor

NOMBRE: SRA. ANA GORETTY RON VELEZ      NOMBRE: ING. CESAR OLMEDO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL**

FECHA: 17/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: AGENCIA LORETO

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: JOHANA DEL ROCIO TOAPANTA ESTRADA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : ING. CESAR OLMEDO

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

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
JUEVES	17/08/2017	12:H30	15:H00

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

Gerente / Responsable  
NOMBRE: JOHANA TOAPANTA ESTRADA



Firma del Servidor  
NOMBRE: ING. CESAR OLMEDO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION**

FECHA: 17/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: GERENTE PROVINCIAL SUCURSAL TENA

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING DANNY GUERRERO

En calidad de Gerente certifico que el servidor : SR. CESAR OLMEDO

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
jueves	17/08/2017	16h00	18h00

Certifico que  
el ServidorSI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la  
comisión de servicios institucionales

Gerente / Responsable

NOMBRE:

ING DANNY GUERRERO

Servidor

NOMBRE:

SR. CESAR OLMEDO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION**

FECHA: 18/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: SUCURSAL PUYO

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ANDRES COELLO

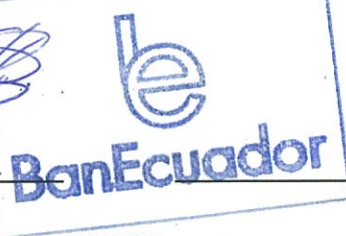
En calidad de Gerente certifico que el servidor : CESAR OLMEDO

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
VIERNES	18/08/2017	08H00	10H00

Certifico que el Servidor  
SI   
NO 

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión de servicios institucionales

  
Gerente / Responsable  
Servidor

NOMBRE: ANDRES COELLO

NOMBRE: CESAR OLMEDO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal