

COMPROBANTE CONTABLE

No. Comprobante : 921518
 Oficina Origen : 1 MATRIZ QUEVEDO
 Area Origen : 224 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD
 Descripción : VILLAGRAN DIANA 594GCC 23-25AGOST VISITA OFIC ZONAL IBARRA
 Fecha Trans. : 30/08/2017
 Estado Comprt. : NO MAYORIZADO / No Autorizado.


Página: 1


No	COD/CUENTA	NOMBRE	Aux	NOMBRE	OFI	NOMBRE	Area	Concepto	DEBITO	CREDITO	TIPO
1	19909009	VIATICOS Y SUBSISTENCIAS	1720962016	VILLAGRAN QUSHPE DIANA K	1	MATRIZ QUEVEDO	224	594GCC 23-25AGOST VISITA OFIC ZONAL IBARRA	160.00	160.00	N
2	45019027006	VIATICOS Y SUBSISTEN EL P	1720962016	VILLAGRAN QUSHPE DIANA K	1	MATRIZ QUEVEDO	224	594GCC 23-25AGOST VISITA OFIC ZONAL IBARRA	160.00		N


TOTALES REPORTE:

160.00 160.00

VALOR M. NACIONAL

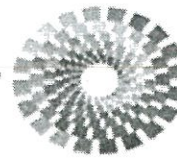
Elaborado por: memendezal

 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

Revisado por:

 Carlos Hurtado
 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

Resp. Unidad:

 Sandra Pichucho
 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD

Aprobación Superior por:

 BYLAN AVILA
 SUBGERENCIA DE TESORERIA



SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA COMISION DE SERVICIOS

Fecha Solicitud:	18/08/2017	Nro. Solicitud :	594-GCC-2017
-------------------------	------------	-------------------------	--------------

DATOS GENERALES

Apellidos-Nombres del Servidor:	VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE
Puesto:	ANALISTA SR. DE RECUPERACION Y COBRANZAS
Secuencial	2957
Lugar de la Comisión:	Ibarra
Nombre de la Unidad del Servidor:	SUBGERENCIA DE RECUPERACION Y COBRANZAS

Fecha/Salida:	23/08/2017	Hora/Salida:	08:00	Fecha/Llegada:	25/08/2017	Hora/Llegada:	18:30
----------------------	------------	---------------------	-------	-----------------------	------------	----------------------	-------

(Lugar habitual de trabajo) (Lugar habitual de trabajo)

Descripción Actividades a realizarse :	23-25 DE AGOSTO-VISITA ESMERALDAS, COMITÉ CON OFICIALES DE NEGOCIOS Y RECUPERACION, RUNION CON GERENTE PROVINCIAL, SEGUIMIENTO DE PORTAFOLIOS ENVIADOS.
---	---

Servidores Integran Comisión:	
--------------------------------------	--

TRANSPORTE

Tipo Transporte:	TERRESTRE BBP		
Nombre Transporte:	PEI-7857-D-MAX CD 4X4 STD AC		
Ruta:	CASA MATRIZ / QUEVEDO-Ibarra-CASA MATRIZ / QUEVEDO		
Fecha Salida:	23/08/2017	Hora Salida:	08:00
Fecha Retorno:	25/08/2017	Hora Retorno:	18:30

LIQUIDACION

SERVIDOR	GRUPO OCUPACIONAL	NIVEL	CEDULA	VIATICO	SUBSISTENCIA	ALIMENTACION	TOTAL
VILLAGRAN QUISHPE DIANA	SERVIDOR-PUBLICO 5	3	1720962016	160.00	0.00	0.00	160.00

DATOS PARA LA TRANSFERENCIA

Tipo de Cuenta:	Ahorros	Número/ Cuenta:	4009356561	Banco:	BANECUADOR
------------------------	---------	------------------------	------------	---------------	------------

VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE
COMISIONADO

RICARDO FERNANDEZ SALVADOR
JEFE INMEDIATO

PABLO FABIAN HURTADO TANHAZO
AUT. GERENTES AREA / ZONAL

BanEcuador
17:14 21/08/17
Esther 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 cumplida la Comisión
- Está prohibido conceder comisión de servicios los días de descanso obligatorio.

AUTORIZACION DE DEBITO

Yo, VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE identificada con la cédula de ciudadanía No. 1720962016 autorizo expresamente al BANECUADOR B.P., para que realice el descuento de mi Cuenta de Ahorros No. 4009356561 y en caso de no contar con los fondos suficientes, realice el descuento de mi rol o liquidación final de haberes, por haber justificado el cumplimiento de la comisión de servicios.

Firma de Autorización
Secuencial No.

Numeral 4 del artículo 23 del Acuerdo Ministerial No. MRL-2013-0097 del Ministerio de Relaciones Laborales expedido el 29 de mayo del 2013

INFORME DEL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD 594-GCC-2017	FECHA DE INFORME 29/08/2017
---------------------------------------	---------------------------------------

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE	SECUE. 2957	PUESTO ANALISTA SR. DE RECUPERACION Y COBRANZAS
LUGAR DE LA COMISION Ibarra	NOMBRE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR SUBGERENCIA DE RECUPERACION Y COBRANZAS	

SERVIDORES QUE INTEGRAN LA COMISION

Objetivo del viaje:

SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS Y DIRECCIONAMIENTOS.

Resultados del viaje:

COMPROMISOS DE PAGOS POR PARTE DE LOS CLIENTES, ABONOS SEMANALES.

Descripción de actividades:

23-25 DE AGOSTO SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIAS Y DIRECCIONAMIENTOS.
COMPROMISOS DE PAGOS POR PARTE DE LOS CLIENTES, ABONOS SEMANALES.
COMITÉ DE COBRANZAS CON OFICIALES DE NEGOCIOS, SEGUIMIENTO DE CLIENTES CON IMPACTOS ALTOS EN CARTERA IMPRODUCTIVA, APOYO SALIDAS A CAMPO GESTIÓN DE COBRANZA CON GERENTE .

ITINERARIO			REEMBOLSO GASTOS						
FECHA	SALIDA	LLEGADA	MOVILIZ.	T.MARI.FLU	T.TERRESTR	PEAJE	COMBUST.	IMPREV.	Total
HORA	08:00	18:30	.00	.00	.00	.00	.00	.00	0.00
Hora inicio de labores el día de retorno		08:30	VALOR JUSTIFICADO:		115.00				

TRANSPORTE UTILIZADO				SALIDA		LLEGADA	
TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DEL TRANSPORTE	RUTA		FECHA	HORA	FECHA	HORA
TERRESTRE BBF	PEI-7857-D-MAX CD 4X4 STD AC	QUITO-ZONAL IBARRA-SUCURSAL ESMERALDAS-QUITO		23/08/2017	08:00	25/08/2017	18:30

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 v llegada.

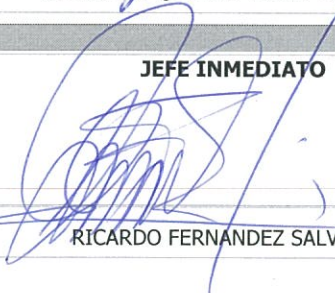
OBSERVACIONES

FIRMA SERVIDOR COMISIONADO

VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE

ART.14
El presente informe se entregará dentro del término máximo de 4 días de cumplida la comisión al jefe inmediato y a la máxima autoridad o su delegado para su aprobación y autorización respectiva, quien pondrá en conocimiento a la unidad financiera. Cuando la comisión requiera mayor número horas o días autorizados, se solicitará de manera escrita se conceda la extensión del plazo

FIRMAS DE APROBACIÓN

JEFE INMEDIATO  NOMBRE: RICARDO FERNANDEZ SALVADOR	AUT. GERENTE DE AREA / ZONAL  PABLO FABIAN HURTADO TANDAZO
--	--

DETALLE QUE JUSTIFICA LOS GASTOS EN COMISIÓN DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

594-GCC-2017 FECHA: 18/08/2017 RUTA: CASA MATRIZ / QUEVEDO-Ibarra-CASA MATRIZ / QUEVEDO SALIDA: 23/08/2017 08:00 LLEGADA: 25/08/2017 1

Reglamento para el pago de Viaticos, Subsistencias, Movilizaciones y Alimentacion, dentro del Pais para las y los Servidores y las y los Obreros Publicos.**Art. 23, numeral 3.****Nombre del Servidor:** VILLAGRAN QUISHPE DIANA KATHERINE**Presupuesto:** 2957**Lugar y Fecha de la comisión:** Ibarra - 23/08/2017**Dependencia:** SUBGERENCIA DE RECUPERACION Y COBRANZAS

FECHA	N° COMPROBANTE VENTA	EMISOR	CONCEPTO / DESCRIPCIÓN	TOTAL
23/08/2017	4946	COMEDOR EL MANABA	ALIMENTACION	10.00
24/08/2017	2743	ENCEBOLLADOS NADIR	ALIMENTACION	15.00
25/08/2017	2438	SUNSHINE HOTEL	HOSPEDAJE	90.00
VALOR REMBOLSO USD				0.00
Justifica				115.00
Calculo 70%				112.00



FIRMA

Encebollados "NADIR"

Macias Pincay Cruz Verónica

Matriz.: Calle Bolívar y Salinas Frente al Patronato Municipal

Tel. 062 705 - 143 / ESMERALDAS - ECUADOR

Documento categorizado: **NO**

RUC: 0802545541001

FACTURA

0002743

AUT: SRI 1119888759 001 001 00

Fecha: 24-08-2017 Telf.: 2916073

Cliente: Katherine Villogran

RUC: 1720962016 Direc: Quito

Cant.	Detalle	V. unit.	Total
	Alimentacion		15.00

FORMA DE PAGO		Sub Total 12%	
EFFECTIVO	<input type="checkbox"/>	Sub Total 0%	
DINERO ELECTRONICO	<input type="checkbox"/>	DESCUENTO	
TARJETA DE CREDITO/ DEBITO	<input type="checkbox"/>	Sub Total	
OTROS	<input type="checkbox"/>	IVA 12 %	
		VALOR TOTAL 15.00	

F. AUTORIZADA

F. CLIENTE

NO OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD

COMEDOR "EL MANABA"

Venta de comidas y bebidas en comedores para su consumo inmediata

VERA ALCIVAR IRIS ADRIANA

Matriz: Sector Central Barrio San José vía a Quinindé s/n

y margen derecho / Teléfono: 0988291262

QUININDÉ - ESMERALDAS

R.U.C. 0802589002001

FACTURA

001 - 001

000004946

Aut. S.R.I. 1121149797

Fecha de autorización: 26/JULIO/2017
Documento Categorizado: **NO**

Sr. Katherine Villogran

Fecha: 23-08-2017 R.U.C./Ced. 1720962016

Direc.: Quito Guía de R.:

CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
	Alimentacion		15.00

FECHA DE CADUCIDAD: 26 DE JULIO DEL 2018

FORMA DE PAGO		SUB TOTAL 12%	
EFFECTIVO	<input type="checkbox"/>	SUB TOTAL 0%	
DINERO ELECTRONICO	<input type="checkbox"/>	DESCUENTO	
TARJETA DE CREDITO/ DEBITO	<input type="checkbox"/>	SUB TOTAL	
OTROS	<input type="checkbox"/>	IVA 12%	
		VALOR TOTAL 15.00	

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

IMPRESA ESPAÑOLA - DUBER ALEJANDRO BAJAÑA MENDOZA
AV. 6 DE DICIEMBRE Y JIMMY ANCHICO - RUC 171159984001
AUTORIZACION 1723 - NUMERADO DEL 000004901 al 000005000



SUNSHINE HOTEL

VALDIVIESO YANEZ DORIS PATRICIA
HOSPEDAJE EN HOSTAL

SUCURSAL: CABAPLÁN ENTRADA PRINCIPAL
A TONSUPA S/N CALLE TRES
2 484 309 - 062 465 250 - 0998 839 167
www.sunshinetonsupa.com
QUITO - ECUADOR

F. AUTORIZACIÓN: 21/06/2017 / F. CADUCIDAD: 21/06/2018

R.U.C. 1709674947001

FACTURA

S-002-001

No. 000002438

Autz. S.R.I. 1120956340

Documento Categorizado: NO

Cliente: Katherine Villogran

Dirección: Quito

C.I. / RUC.: 1720962016

Telf.: 2916073

Fecha

DÍA	MES	AÑO
25	08	2017

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	PRECIO TOTAL
2	Hospedajes.		80.36

SON:

FORMA DE PAGO			
EFFECTIVO	DINERO ELECTRONICO	TARJETA CREDITO / DEBITO	OTROS

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA CLIENTE

SUBTOTAL	80.36
I.V.A. 12 %	9.64
I.V.A. 0 %	1
TOTAL \$	90

ORIGINAL: ADQUIRIENTE COPIA: EMISOR

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

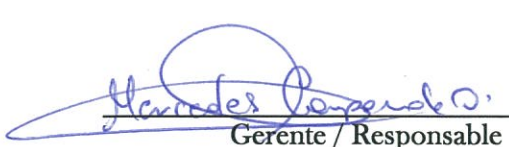
FECHA: 25/08/2017
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: ZONAL IBARRA (SUCURSAL ESMERALDAS)
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. PAMELA CAMPOVERDE

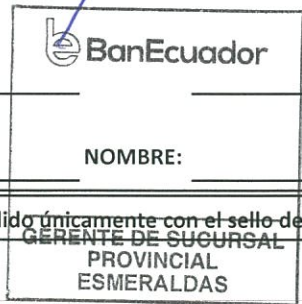
En calidad de Gerente certifico que el servidor : ING. KATHERIN VILLAGRAN

ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIERCOLES	23/08/2017	11H00	18H30
JUEVES	24/08/2017	08H00	19H00
VIERNES	25/08/2017	08H00	15H00

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


 Gerente / Responsable




 Servidor

NOMBRE: ING. PAMELA CAMPOVERDE **NOMBRE:** ING. KATHERIN VILLAGRAN

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal