



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN

**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

053

FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa)

08 /04/2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

AGUILERA VILAÑA MILTON EDUARDO

PUESTO QUE OCUPA

Conductor

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Chimborazo Riobamba

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

Servicios Técnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Personal de Teatro Emsayo y Milton Aguilera(Conductor).

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Traslado de personal del Teatro emsayo ala ciudad de Riobamba para las presentaciones em el nucleo de la cce de Riobamba

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mm-aaaa	06/04/16	08/04/16	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.
HORA hh:mm	09:00:00	13:30:00	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
Terrestre	CCE	Quito-Riobamba-Quito				
Terrestre	CCE	Quito-Riobamba-Quito	06/04/16	09:00:00	08/04/16	13:30:00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

NOMBRE: MILTON EDUARDO AGUILERA VILAÑA

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

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO

NOMBRE: Ing. Lázaro R. Bello F.

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: Ldo. Raúl Pazmiño Cortéz