



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

036

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

11-04-2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Viviana Lucia Gonzalez Delgado

PUESTO QUE OCUPA:

Servidor Público 3

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Portoviejo - Manabí

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

Conjunto de Cámara

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Viviana Gonzalez

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Concierto organizado por el Núcleo de Manabí CCE, por sesión Solemne de Posesión de nuevo Directorio, en Auditorio "Eloy Alfaro Delgado" a las 20:00.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	31/03/2016	31/03/2016	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 del caso, hasta su llegada a estos sitios.
HORA hh:mm	05:55	06:55	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
Aéreo	TAME	Quito - Portoviejo	31/03/2016	05:55	31/03/2016	06:55
Terrestre	CCE	Portoviejo - Quito	01/04/2016	08:40	01/04/2016	19:30

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

**OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O DEL SERVIDOR COMISIONADO	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 tendrá 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.
NOMBRE: Viviana Gonzalez	

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE:	NOMBRE: