



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

083

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

20-JUNIO-2016

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

CEPEDA ARANGO GONZALO

PUESTO QUE OCUPA:

SERVIDOR PÚBLICO DE APTO 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

BABAHYO - LOS RIOS

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

CONJUNTO DE CÁMARA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

GONZALO CEPEDA A.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

CONCIERTO ORGANIZADO POR LA CCE NÚCLEO DE LOS RIOS EL 10 DE JUNIO DEL 2016, EN HOMENAJE A LOS CINCUENTA AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL DEL DR. JOSÉ YENEGAS, MIEMBRO CORRESPONDIENTE DEL REFERIDO NÚCLEO EN EL AUDITORIO "BOLÍVAR LUPERA UGAZA" DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO A LAS 22:30

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA
FECHA dd-mmm-aaa	10-06-2016	11-06-2016
HORA hh:mm	07:30	17:00

NOTA

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.

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
TERRESTRE	C.C.E	QUITO BABAHYO	10-06-2016	07:30	10-06-2016	16:00
TERRESTRE	C.C.E	BABAHYO QUITO	11-06-2016	09:00	11-06-2016	17:00

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: GONZALO CEPEDA A.

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: