



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

094.

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

CEPEDA ARANGO GONZALO SERVIDOR PÚBLICO DE APOYO 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

LOJA - LOJA

CONJUNTO DE CÁMARA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

GONZALO CEPEDA A.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

INVITACIÓN A LA CIUDAD DE LOJA, PARA PARTICIPAR
COMO JURADO CALIFICADOR EN EL II CONCURSO
REGIONAL INFANTIL DE INTERPRETACIÓN MUSICAL
"EDGAR PALACIOS" QUE SE REALIZO LOS DIAS
14 Y 15 DE JUNIO A LAS 09:00 ORGANIZADO POR EL NÚCLEO
DE LOJA.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	14-06-2016	16-06-2016	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	06:00	09:30	

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 LOJA	14-06-2016	06:00	14-06-2016	06:50
AÉREO	TAME	LOJA QUITO	16-06-2016	08:30	16-06-2016	09:30

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

NOMBRE: GONZALO CEPEDA A.

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.

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
UNIDAD INSTITUCIONAL

NOMBRE:

NOMBRE: