



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

062

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

18-05-2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Pacheco Aguirre Juan Carlos

PUESTO QUE OCUPA:

SPA 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Portoviejo - Manabí

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

Comerata CCE

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Concierto de Gala en el memorial eumónico que organizó la CCE núcleo de Manabí en la Ciudad de Portoviejo en el auditorio de la institución el día 16 de Mayo a las 18:00

ITINERARIO

SALIDA

LLEGADA

NOTA

FECHA  
dd-mmm-aaa

HORA  
hh:mm

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

CCE

Quito - Portoviejo  
Quito

16-05-2016

7:00

17-05-2016

17:30

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

*Juan C. Pacheco Aguirre*

NOMBRE: Juan C. Pacheco Aguirre

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.

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA  
O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

*Cecilia Tappa S*

NOMBRE:

Cecilia TAPPA SAMANIEGO

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UNIDAD INSTITUCIONAL

*[Signature]*

NOMBRE: