



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

087

14/06/2016

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Potino Salas Miguel Angel

Servicio Publico 1

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Babahoyo - Los Ríos

Conjunto de Coluase

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Miguel Potino.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Con cierto organizado por la C.C.E. Núcleo de Los Ríos, en homenaje a los 50 años de ejercicio profesional del Dr. José Vazquez Lopez, miembro correspondiente del referido Núcleo, el 10 de Junio, a las 22:30 en la Universidad Técnica de Babahoyo.


ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	10-06-2016	11-06-2016	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	7:50	17:00	

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-Babahoyo	10-06-2016	07:30	10-06-2016	16:00
Terrestre	C.C.E.	Babahoyo-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
 NOMBRE: Miguel Potino	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: