



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

093

06-06-2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Dueñas Osorio Luis

Chofes

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Esmeraldas - Esmeraldas

Servicios Técnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Señores Alexandra Rodríguez, Fredy Tanya y Diego Sosa, funcionarios de la Cincemateca CCE.

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Los funcionarios antes mencionados viajaron a la ciudad de Esmeraldas para desde ahí desplazarse a otras poblaciones, para realizar actividades conjuntas con personal del Ecu-911.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	02-06-2016	04-06-2016	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	10h00	18h00	

**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
Chevrolet Dimax	PEP-1029	Quito-Esmeraldas	02-06-2016	10h00	02-06-2016	15h00
Chevrolet Dimax	PEP-1029	Esmeraldas-Quito	04-06-2016	12h00	04-06-2016	18h00

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

*Dueñas Osorio*

NOMBRE:

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  
UATH INSTITUCIONAL

*Jacob M.*

*M. Sosa*

NOMBRE:

NOMBRE: