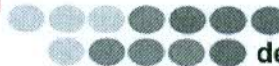




CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (02-03-2016)

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

SUAREZ ALVAREZ DAVID BENJAMIN

PUESTO QUE OCUPA:

SERVIDOR PUBLICO 3

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

TENA-NAPO

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

JURIDICO

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Se asistió a la Audiencia Procedimiento Abreviado en la Sala del Consejo de la Judicatura de la ciudad del Tena, en la cual salió la Sentencia favorable para la Institución Casa de la Cultura Núcleo de Napo, también se asistió jurídicamente sobre temas de fiscalía de procesos anteriores, los días 24 y 25 de febrero del 2016.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa			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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm			

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	PUBLICO	QUITO-TENA	24-02-2016	08h00		
TERRESTRE	PUBLICO	TENA-QUITO			25-02-2016	18:00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O EL 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 tendría 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:

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE:

NOMBRE: