



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)

21.

10- Noviembre 2016

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Guachón Pérez Luis

T. Conductor

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Maeas - Morona Santiago

Servicios Técnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Sr Gonzalo Cepeda Funcionario de la E.E.E

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Movilización hasta la Ciudad de Maeas con el Sr Gonzalo Cepeda para participar como Jurado Calificador en el III concurso nacional de trios presentado por el Núcleo de Maeas.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	8-11-2016	8-11-2016	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	9:15 AM	15:30 PM.	

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	Doble Cab.	Quito - Maeas	8-11-2016	9:15 AM	8-11-2016	15:30 PM
Terrestre	Doble Cab.	Maeas - Quito	9-11-2016	9:15 AM	9-11-2016	15:30 PM

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:

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

NOMBRE:

NOMBRE: