



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

49-2012

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

18/04/2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Calero Agila Byron David

PUESTO QUE OCUPA:

Conductor

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Riobamba Chimborazo

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

Vicepresidencia

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Lectura de libros en el Colegio Riobamba - Cisneros  
Mantuvo una reunión con el poeta Miguel Angel Rengifo en  
Latacunga


ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	12/04/2017	13/04/2017	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	10:00	16:00	

**TRANSPORTE**

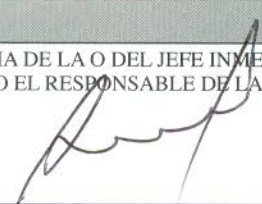
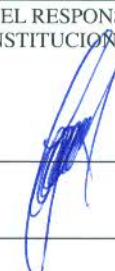
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
terrestre	Toyota RAV	Quito Riobamba	12/04/2017	10:00	12/04/2017	13:00
Terrestre	Toyota RAV	Riobamba Quito	13/04/2017	10:00	13/04/2017	16:00

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: Byron David Calero Agila	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: