



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

36-2017

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

05-04-2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Mittar EdUARdo QuiLere Uilóna.

PUESTO QUE OCUPA:

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Cuenca Azuay

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

S_Tecnicos.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Retirar los opus del maestro Gorye. Anteaño de la provincia del Azuay CCE Nucleo Cuenca.

ITINERARIO

SALIDA

LLEGADA

NOTA

FECHA
dd-mmm-aaa

03-04-17

04-04-17

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

8:00

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

CCE

Quito Cuenca

03-4-17

8:00

03-4-17

18:00

Terrestre

CCE

Cuenca Quito

04-4-17

7:00

04-4-17

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

Mittar EdUARdo QuiLere Uilóna
Mittar EdUARdo QuiLere Uilóna

NOMBRE:

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 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

[Signature]

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA
UATH INSTITUCIONAL

[Signature]

NOMBRE: