



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

005-2017

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

31-ENERO-2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

CAIZAGUAN Víctor J. BARRIO

PUESTO QUE OCUPA:

SP5

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

HAES - JORONA SANTIAGO

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

SP5

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

GABRIEL CISNEROS - DAVID CILERO

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

ADJUNTO MEMORANDO Nº CCE-VP-2017-143-M

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	27-01-17	27-01-17	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	04:00	11:00	

**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	INSTITUCIONAL	Centro-HAES	27-01-17	04:00	27-01-17	11:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	HAES-Centro	29-01-17	09:00	29-01-17	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

*[Handwritten signature]*

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: