



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio**  
**de Relaciones**  
**Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

73-2012

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

Quito - 27 - 06 - 2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

LINUNGO ALVARO ALVARO SEBASTIAN

PUESTO QUE OCUPA:

CHOFER

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

PASTAZA - Puyo

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

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

TRANSPORTAR AL SEÑOR PRESIDENTE DE LA INSTITUCIÓN PARA QUE ASISTA AL TRIGÉSIMO ANIVERSARIO DE CREACIÓN DE LA CASA DE LA CULTURA ECUATORIANA NÚCLEO DE PASTAZA.

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 del caso, hasta su llegada a 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	CCE.	Quito - Puyo	11-06-2017	11:30	11-06-2017	19:30
TERRESTRE	CCE.	Puyo - QUITO	12-06-2017	16 h 00	12-06-2017	21:30

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 of Alvaro Linungo]*

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.

NOMBRE:

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA  
O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

*[Handwritten signature]*

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Handwritten signature]*

NOMBRE:

NOMBRE: