



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  <b>20-2017</b>	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)
---	--------------------------------

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR <b>NÚÑEZ CHÁVEZ WILLIAM JHONNY</b>	PUESTO QUE OCUPA: <b>SERVIDOR PÚBLICO 7</b>
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL <b>PUERTO FRANCISCO DE ORELLANA-ORELLANA</b>	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR <b>JURIDICO</b>

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Asesoramiento legal para la contestación de la demanda interpuesta por parte de la señora Lorena Jurado Ochoa, ex trabajadora, en contra del Ing. Nicolás Paucar, Presidente del Núcleo de Orellana CCE, ante la Unidad Judicial Civil con Sede en el cantón Francisco de Orellana.

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 el caso, hasta su llegada de 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	PÚBLICO	QUITO-ORELLANA	13-03-2017	23h30	14-03-2017	06h30
TERRESTRE	PÚBLICO	ORELLANA-QUITO	15-03-2017	11h30	15-03-2017	18:30

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO  	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 tendría 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: <b>Dr. William Núñez Chávez</b>	

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO  	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL  
NOMBRE: <b>Abg. Santiago Loza M.</b>	NOMBRE: