



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN

Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa)

13 - 11 - 2013.

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

BELLO R. LAZARO F.

PUESTO QUE OCUPA

JEFE DE SERVICIOS TÉCNICOS.

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

LOJA - LOJA.

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

Servicios Técnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Lazaro Belb.

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Levantamiento Técnico de los Teatros: Segundo Juvana Celi y Pablo Palacio; y asesoría técnica en general.  
Según Memorando N° CCE-CCENI-2017-0067-M, sumillado por el ldo. Paulo Restrepo G.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mm-aaaa	8.11.2017.	9.11.2017	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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm	5:40 am.	12:00.	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	ROTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
Aéreo	Tame.	Auto-loja	8-11-2017	6 am.	9.11.2017	7 am.
		Auto.				

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

*[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 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

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO

*[Handwritten signature]*  
NOMBRE: Ing. Dayra Abad

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

*[Handwritten signature]*  
NOMBRE: Ing. Luis Bastidas Escobar

