



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

07-11-2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Restrepo Guzmán Camilo

PUESTO QUE OCUPA:

Presidente Nacional C.C.E

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Jamora

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

Presidencia

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Conocimiento y aprobación en segunda discusión del Estatuto Orgánico  
por procesos.  
(Junta Plenaria)

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	29/10/2017	29/10/2017	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 del caso, hasta su llegada a estos sitios.
HORA hh:mm	15:30	16:50	

**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
AEREO	TAME	Quito - Loja	29/10/2017	15:30	29/10/2017	16:50
AEREO	Same	Loja - Quito	31/10/2017	07:20	31/10/2017	08:30

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

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

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: