



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)

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

BASTIDAS ESCOBAR WIS

DIRECTOR G. S. I.

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

ZAHORA - ZAHORA CHIMCHIPE

DIRECCIÓN G. S. I.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: WIS BASTIDAS ESCOBAR.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Mediante memorando No. CCE-PN-2017-0413-M, de 26/10/2017, el señor Presidente de la Sala No. CCE, conoca asistió a la sesión de la Junta Plena, y cumplió funciones inherentes a los temas a tratarse, en el caso más del Instituto Agrario de Gestión Organizacional por Pases, aprobación en general interior.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	29-10-17	31-10-17	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	15:30	18:15	

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	29-10-17	15:30	29-10-17	16:45
AEREO	TAME	LOJA - QUITO	31-10-17	17:20	31-10-17	18:15

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

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

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA
UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE:

NOMBRE: