



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



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

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

04-Sep-2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR  
LOZA MUELA SANTIAGO HERNÁN

PUESTO QUE OCUPA:  
DIRECTOR JURÍDICO

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL  
CUENCA-AZUAY

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

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Asesoramiento técnico jurídico a la Casa de la Cultura Ecuatoriana Núcleo del Azuay, de acuerdo a disposición del señor Presidente de la Sede Nacional de la CCE.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	28-Ago-2017	29-Ago-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	8:30	9:20	

**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 - Cuenca	28-08-2017	08:30	28-08-2017	09:00
AEREO	TAME	Cuenca-Quito	29-08-2017	08:50	29-08-2017	09:20

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**

NOMBRE:   
Ad Santiago Loza M.

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

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: 

NOMBRE: 