



**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)

15. Mayo. 2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Restrepo Gozman

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Esmeraldas - Esmeraldas

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Presidir la Junta Plenaria en la ciudad de Esmeraldas.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	15.03.2018	15.03.2018	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	17.03.2018	17.03.2018	

**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	Institucional	Quito - Esmeraldas	15.03.2018	07:00	15.03.2018	10:00
Terrestre	Institucional	Esmeraldas - Quito	17.03.2018	12:00	17.03.2018	20:00

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

*[Handwritten signature]*

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: Camilo Restrepo Gozman

**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

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: Camilo Restrepo Gozman

NOMBRE:

*[Handwritten notes and stamps]*  
C.P.  
15-05-18  
15:54  
C.P.  
TR