



Casa de la Cultura Ecuatoriana  
BENJAMÍN CARRIÓN

**INFORME DE LICENCIA CON REMUNERACION**

Nro. SOLICITUD LICENCIA CON REMUNERACION	FECHA DE INFORME 20 DE OCTUBRE 2023
--	--

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR AGUILERA MILTON	PUESTO CONDUCTOR
CIUDAD - PROVINCIA DE LA COMISION RIOBAMBA - CHIMBORAZO	NOMBRE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
SERVIDORES QUE INTEGRAN LA COMISION: SRES: FUNCIONARIOS DE LA BIBLIOTECA	

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Movillar funcionarios de la Biblioteca, para cumplir con la agenda "Toda Biblioteca es un viaje"

**NOTA**

Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en la Comisión, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habituales o del cumplimiento de la licencia según sea el caso, hasta su llegada de estos sitios

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA
FECHA dd-mm-aaa	18/10/2023	19/10/2023
HORA hh:mm	5:00 AM	19:00 PM

TRANSPORTE UTILIZADO			SALIDA		LLEGADA	
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, otros)	NOMBRE DEL TRANSPORTE	ruta	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	PEO-0205	QUITO - RIOBAMBA	18/10/2023	5:30 AM	18/10/2023	9:00 AM
TERRESTRE	PEO-0205	RIOBAMBA - QUITO	19/10/2023	16:00 PM	19/10/2023	19:00 PM

**NOTA:** En caso de haber utilizado transporte público aéreo o terrestre, se deberá adjuntar obligatoriamente los pasajes a bordo o boletos, de acuerdo a lo que establece el artículo 19 del Reglamento para pago de Viáticos, Subsistencias y Movilización.

**OBSERVACIONES**

**FIRMA SERVIDOR COMISIONADO**

NOMBRE : MILTON AGUILERA

**NOTA**

El presente informe deberá presentarse dentro del término máximo de 4 días de cumplida la licencia, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendría que restituir los valores pagados. Cuando la licencia sea superior al número de horas o días autorizados, se deberá adjuntar la autorización por escrito de la Máxima Autoridad o su Delegado

**FIRMAS DE APROBACION**

**FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD**

NOMBRE: SR. MGS .DAVID CHRISTOPHER MINA ARCOS  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

**FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA**

NOMBRE: SR. MGS .DAVID CHRISTOPHER MINA ARCOS  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO