



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN

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

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa) 28 de NOVIEMBRE 2016
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR GUACHUN PEREZ LUIS	PUESTO QUE OCUPA EL SERVIDOR T.CONDUCTOR
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONA ESMERALDAS QUITO	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR SERVICIOS TECNICOS
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: CON EL GRUPO DE LA CAMERATA DE LA CCE	

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS MOVILIZACION CON EL SR ROBIN MURILLO PARA DEJAR DONACIONES A LOS DAMNIFICADOS EN EL TERREMOTO DE ABRIL 2016**

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mm-aaaa	15-09 -2016	15-09 -2016	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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm	5H00AM	13H00PM	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
TERRESTRE	DOBLE CAB	QUITO ESMERALDAS	15-09-2016	5H00	15-09-2016	13H00PM
TERRESTRE	DOBLE CAB	ESMERALDAS QUITO	16/09/16	7H00AM	16/09/16	16H00 PM

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O EL 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 tendría 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: LUIS GUACHUN PEREZ	

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE: Ing. Lázaro R. Bello F.	NOMBRE: LUIS BASTIDAS ESCOBAR