



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

082

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

20/06/2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Viviana Lucia González Delgado

PUESTO QUE OCUPA:

Servidor Público 3

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Los Rios - Babahoyo

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

Conjunto de Cámara

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Viviana González

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Concierto cultural efectuado el 10 de Junio de 2016 en homenaje a los 50 años de ejercicio profesional del Dr. José Venegas, en el auditorio de la Universidad Técnica de Babahoyo a las 22:30.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	10-06-2016	11-06-2016	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 del caso, hasta su llegada a estos sitios.
HORA hh:mm	7:30	17:00	

**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	CCE	Quito-Babahoyo	10-06-2016	7:30	10-06-2016	16:00
Terrestre	CCE	Babahoyo-Quito	11-06-2016	09:00	11-06-2016	17:00

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

*[Handwritten signature of Viviana González]*

NOMBRE:

Viviana González

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.

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: