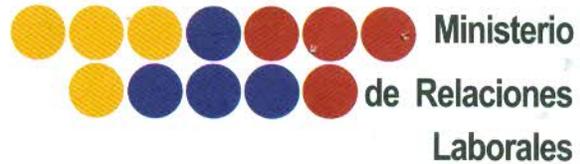




**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

045

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

21-03-2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Mogrovejo Cañas Miguel Angel

PUESTO QUE OCUPA:

SPA 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Cayambe

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

Camerata de la CCE

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Miguel Angel Mogrovejo Cañas

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

La Camerata de la CCE brindo un concierto de gala en la Iglesia matriz de Cayambe por la programación de semana santa en coordinación con la extensión de Cayambe.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	18-03-2016	18-03-2016	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	14:00	22:30	

**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 - Cayambe - Quito	18-03-2016	14:00	18-03-2016	22:30

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: Miguel Angel Mogrovejo Cañas	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	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
 NOMBRE: Cecilia TAPIA SAMANIEGO	 NOMBRE: