



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

203

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

31-10-2016

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Milton Aguilera

PUESTO QUE OCUPA:

CHOFER

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Esmeraldas

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

S. Tecnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

TEATRO ENSAYO Y CHOFER

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Enviado al personal de Teatro Ensayo a los  
preentonces realizados en la plaza cívica de Esmeraldas.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	26-10-16	29-10-2016	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	10:00	17:30	

**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	Buseton	Quito Esmeraldas	26-10-16	10:00	26-10-16	17:00
terrestre	Buseton	Esmeraldas Quito	29-10-16	10:00	29-10-16	17:30

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

*Milton Aguilera*

NOMBRE:

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

*[Signature]*

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Signature]*

NOMBRE:

8-nov-2016  
11:43