



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

11

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

04-08-2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

García Coiroes Luis Ernesto

PUESTO QUE OCUPA:

Asesor

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Ibarra Imbabura

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

Despacho Residencia

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Participación como delegado de Presidente Nacional CCE al congreso nacional de Cultura Viva Comunitaria y como coordinador de mesas temáticas

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	29/07/2017	30/07/2017	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	08:00	20:00	

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 Ibarra-Quito	29/07/2017	08:00	29/07/2017	10:00
			30/07/2017	18:00	30/07/2017	20:00

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]

NOMBRE:

Luis García Coiroes

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:

Camilo Restrepo Guzmán

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA
UATH INSTITUCIONAL

[Handwritten signature]

NOMBRE: