



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

Quito - 27 - 11 - 2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Lipungo Alonso Alvarado

CHOFER

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

STO. DOMINGO DE LOS COLORADOS TACHUIS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

CCO. OSWALDO RESTRERO

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Montación Presidente de la SEPE NACIONAL.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa			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			

**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 - STO. DOMINGO	25-11-2017	13h.	25-11-2017	18:00h.
TERRESTRE	CCE.	STO. DOMINGO - QUITO	26-11-2017	10h.	26-11-2017	15.00

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

NOTA

*[Signature]*  
NOMBRE:

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

*[Signature]*  
NOMBRE:

*[Signature]*  
NOMBRE: