



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)

27. Noviembre. 2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Hestredo Gozman Carrillo

PUESTO QUE OCUPA:

Presidente Nacional C.C.E.

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Sto. Domingo - Pichincha

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE

LA O EL SERVIDOR
Presidencia Casa Cultura Ecuatoriana

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

PARTICIPAR EN EL EVENTO ORGANIZADO POR EL NÚCLEO
PROVINCIAL DENOMINADO "HERMANDAD MUSICAL CASA
DE LA CULTURA ECUATORIANA TRAYENDO LA INTEGRACIÓN
NACIONAL A TRAVÉS DEL ARTE MUSICAL Y VIAJE A LAS

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	25.11.2017	25.11.2017	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	13:00	18:00	

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		Quito - Sto Dom.	25.11.2017	13:00	25.11.2017	18:00
Terrestre		Sto. Dom. - Quito	26.11.2017	10:00	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

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

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA
UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: