



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 05-Dic-2017
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR NÚÑEZ CHÁVEZ WILLIAM JHONNY	PUESTO QUE OCUPA: SERVIDOR PÚBLICO 7
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL GUAYAS-GUAYAQUIL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIRECCIÓN JURIDICA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Cumpliendo con la disposición del señor Presidente de la Sede Nacional de la CCE, me trasladé a la Unidad Judicial Contra la Violencia a la Mujer o Miembros del Núcleo Familiar GYE-NORTE, para dar contestación a la acción de protección propuesta por un ex-servidor del Núcleo del Guayas, en contra de la Institución.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	03-Dic-2017	04-Dic-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	15:00	19:15	

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	PÚBLICO	Quito - Guayaquil	03-Dic-2017	15:00	03-Dic-2017	23:00
AEREO	TAME	Guayaquil-Quito	04-Dic-2017	18:30	04-Dic-2017	19:15

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
	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.
NOMBRE: Dr. William Núñez	

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE: Abg. Santiago Loza	NOMBRE: Sr. Luis Bastidas Escobar