



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

002-2012

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

9 de Enero 2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Byron David Calero Agila

PUESTO QUE OCUPA:

CONDUCTOR

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

CHONE Provincia MANABI

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

Vicepresidencia

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Movilización al Señor Vicepresidente Gabriel Cisneros a 7ª Extensión
CCE de Chone. A 7ª Exposición 100 AÑOS DE AMOR de la poeta
pintora Mariann Espinel

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	06/01/2017	07/01/2017	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	11:30	15:30	

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	Toyota RAV	Quito - Chone	06/01/2017	11:30	06/01/2017	17:40
TERRESTRE	Toyota RAV	Chone - Quito	07/01/2017	9:30	07/01/2017	15:30

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	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: Byron David Calero Agila	

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
NOMBRE:	NOMBRE: