



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

022-2014

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

20-03-2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Milton Eduardo Aguilera..

PUESTO QUE OCUPA:

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

TENA. NAPO

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

Servicios Técnicos.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Fuusto Onellano y Milton Aguilera.

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

En los días de los integrantes de la Orquesta  
Podrimos Bon. a la presentación en el Coliseo Mayor. Tena.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	17-3-17	18-03-17	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	15:00	

**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	Buseta	Quito-Tena	17-3-17	15:00	17-3-17	20:30
Terrestre	Buseta	Tena-Quito	18-3-17	9:00	18-3-17	14:59

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

*Milton Eduardo Aguilera*

NOMBRE: MILTON AGUILERA.

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

*[Signature]*

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Signature]*

NOMBRE: