



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

03282  
03  
03

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  052-2017	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)
---	--------------------------------

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR Gonzalez Lopez Wilma Mariana	PUESTO QUE OCUPA: Directora Asesora
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL Gubacaba - Mexico	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIRECCION QUINTANA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Reunión de trabajo de asesores filiales (Norte Quintana)

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	12-03-17	17-03-17	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	09h35	06h54	

**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
Aéreo	Aerolíneas Rutas Aéreas	Gubacaba / Cancun	12-03-17	09h35	12-03-17	11h25
Aéreo	Aerolíneas Rutas Aéreas	Cancun / Gubacaba	17-03-17	21h00	17-03-17	06h54

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  W. Gonzalez	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: Wilma Gonzalez	

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD  W. Gonzalez	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE: Wilma Gonzalez	NOMBRE: