



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) <i>14-11-2017</i>
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR <i>BARRACAS WIS</i>	PUESTO QUE OCUPA: <i>CONDUCTOR</i>
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL <i>AYAMPE - MANABI y BOGUEZ - CAÑAR</i>	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR <i>SERVICIOS TECNICOS</i>

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

GRUPOS MUJERES DE LUNA E INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE LA CCE.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

TRASLADAR AL GRUPO MUJERES DE LUNA A AYAMPE, AL DÍA SIGUIENTE VIAJAR DE AYAMPE A BOGUEZ PARA TRAER A LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN HACIA LA CIUDAD DE QUITO.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	<i>9-11-2017</i>	<i>11-11-2017</i>	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	<i>15H00</i>	<i>17H00</i>	

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
<i>TERRESTRE</i>	<i>PEN-513</i>	<i>QUITO - AYAMPE</i>	<i>9-11-2017</i>	<i>15H00</i>	<i>10-11-2017</i>	<i>05H00</i>
		<i>BOGUEZ - QUITO</i>	<i>11-11-2017</i>	<i>05H30</i>	<i>11-11-2017</i>	<i>17H00</i>

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
<i>[Signature]</i>	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:	

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
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
NOMBRE:	NOMBRE:

WCD