



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN

Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mm-aa) 2018 / 04 / 09
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR GUACHUN PEREZ LUIS	PUESTO QUE OCUPA EL SERVIDOR T .CONDUCTOR
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL PUYO PASTAZA	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR SERVICIOS TECNICOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: CON EL DR GONZALO LOPEZ FUNCIONARIO DE LA CCE DTO JURIDICO

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS
MOVILIZACION CON EL DR GONZALO LOPEZ HASTA EL NUCLEO DE PASTAZA PARA PARTICIPAR EN UN TALLER EN EL NUCLEO

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mm-aaaa	04/04/18	04 / 04 /2018	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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm	10:AM	15:30 PM	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
TERRESTRE	CAMIONETA CHEVROLET D CAB	QUITO -PUYO	04 /04 /2018	10:00AM	04 / 04 /2018	15:30 PM
TERRESTRE	CAMIONETA CHEVROLET D CABINA	PUYO / QUITO	06/04/18	10:00AM	06/04/18	16:00PM

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O EL 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 tendría 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: LUIS GUACHUN PEREZ	

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO 	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE: ING. HUGO EGUEZ	NOMBRE: FERNANDO FIALLOS