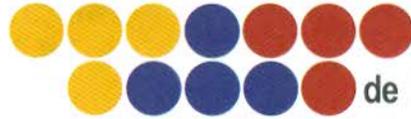




**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



Ministerio  
de Relaciones  
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

20-07-2018

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Milton Edoardo Aguilera

CHOFER

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

LOSA ZAMORA CHINCHIPE

Su. Tecnicos.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

CAMERATA Y MILTON AGUILERA.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Enasado a los integrantes de la Comerata de CCE  
a las siguientes Presentaciones ZAMORA, PAQUITA, Vilcabamba. NCCEL

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	15-07-18	20-07-18	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	00:00	02:00	

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	PEN-S13	Quito-Zamora	15-07-18	00:00	15-07-18	20:00
Terrestre	PEN-S13	Vilcabamba-Quito	19-07-18	08:00	20-07-18	02:00

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: MILTON AGUILERA	

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: Ins. Hugo Eguez	NOMBRE: Dr. Emilio Núñez