



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)  30-01-2018
---	--

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR  BASTIDAS ESCOBAR LUIS ALFONSO	PUESTO QUE OCUPA:  DIRECTOR GESTION DESARROLLO INSTIT.
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL  GUAYAS - BOLIVAR ZOBANZA-GUAYAS	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR  DIRECCION GESTION DESARROLLO INSTITUC.
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:  LUIS BASTIDAS	

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

SE BRINDÓ ASESORAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS APROBADOS POR JUNTA PLENARIA A FIN DE ASEGURAR LAS DECISIONES DIRECTIVAS MAS IDONEAS.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	25-01-18	26-01-18	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	5:00	21:00	

**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	C.C.E	QUITO-GUAYAS	25-01-18	5:00	25-01-18	9:00
TERRESTRE	C.C.F	ZOBANZA-QUITO	26-01-18	17:00	26-01-18	21:00

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:	

**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:	NOMBRE: