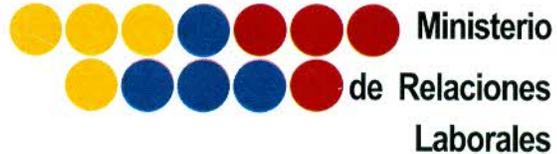




CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 29-Ene-2018
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR NÚÑEZ CHÁVEZ WILLIAM JHONNY	PUESTO QUE OCUPA: SERVIDOR PÚBLICO 7
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL TENA-NAPO	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIRECCIÓN JURIDICA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

El día viernes 27 de enero de 2018, cumplí con la disposición emitida por el Sr. Presidente de la Sede Nacional de la CCE, para trasladarme al Núcleo de Napo, a fin de ofrecer asesoramiento sobre cuerpos normativos aprobados por la Junta Plenaria Institucional, entre otros.

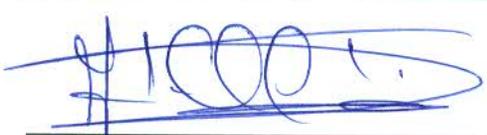
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	26-Ene-2018	27-Ene-2018	Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habituales o del cumplimiento del servicio institucional según sea del caso, hasta su llegada a estos sitios.
HORA hh:mm	8:00	20h00	

TRANSPORTE

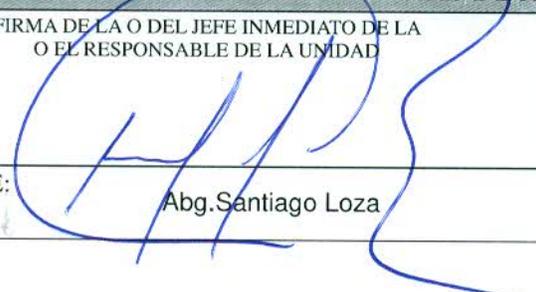
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	PÚBLICO	Quito - TENA	26-Ene-2018	08:00	26-Ene-2018	15:00
TERRESTRE	PÚBLICO	TENA-Quito	27-Ene-2018	13:50	27-Ene-2018	20:00

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: Dr. William Núñez	

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
	
NOMBRE: Abg. Santiago Loza	NOMBRE: Sr. Luis Bastidas Escobar