



**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)  
09/03/ -2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR  
MILTON AGUILERA

PUESTO QUE OCUPA EL SERVIDOR  
T .CONDUCTOR

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL  
LATACUNGA COTOPAXI

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

SERVICIOS TECNICOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: CONJUNTO DE CAMARA DE LA CCE

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

MOVILIZACION DEL CONJUNTO DE CAMARA ALA PRESENTACION EN LA ESPE HOMENAJE A LA MUJER NUCLEO DE CCE COTOPAXI

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mm-aaaa	07/03/18	08/032018	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	16.00	16.00	

**TRANSPORTE**

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
TERRESTRE	BUSETON	QUITO - LATACUNGA	07/03/18	16.00	07/03/2018	18.15
TERRESTRE	BUSETON	LATACUNGA -QUITO	09/03/18	14.00	08/03/18	16.18

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**

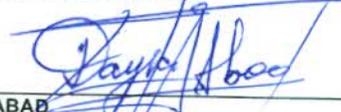
El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días del cumplimiento de servicios institucionales, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendría que restituir los valores percibidos. Cuando el cumplimiento de servicios institucionales sea superior al número de días autorizados, se deberá adjuntar la autorización por escrito de la Máxima Autoridad o su Delegado

  
NOMBRE: MILTON AGUILERA

**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. DAYRA ABAD

  
NOMBRE: LUIS BASTIDAS ESCOBAR