



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) 16 DE AGOSTO DE 2017
---	--

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR MORICCA RIVERA PATRICIA DEL CARRIÓN	PUESTO QUE OCUPA: Asesor J
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL PUYO - PASTAZA	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR MUSEOS
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:	JUAN SIGUENZA, PATRICIA MORICCA

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ASESORAMIENTO PARA EL MANTENIMIENTO Y RESTAURACIÓN DEL MUSEO ETNOARQUEOLÓGICO DEL OBJETO AUTÓNOMO DECENTRALIZADO DE PASTAZA

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	17-8-2017	18-8-2017	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	05:00	18:00	

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	INSTITUCIONAL	QUITO - PUYO	17-8-2017	05:00	17-8-2017	11:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	PUYO - QUITO	18-8-2017	12:00	18-8-2017	18:00

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: PATRICIA MORICCA RIVERA	

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: