



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) 7 DE AGOSTO 2017
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR RAFAEL GÓMEZ	PUESTO QUE OCUPA: S.P.2
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL ESMERALDAS - ESMERaldas.	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR MUSEOS
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: RAFAEL GÓMEZ	

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ME TRASLADÉ A LA CIUDAD DE ESMERaldas. PARA EMBAJAR, EN BARCA LAS OBRAS DEL MAESTRO Luis ROSERO MORA, PARA TRANSPORTAR Y COSTOPIAR LA CIUDAD DE QUITO. LAS MISMAS OBRAS FUERON EXPUESAS EN LA CASA DE LA CULTURA NUCLEO DE ESMERaldas.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	27/7/2017	27/7/2017	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	14:05	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	BOS	Quito-ESMERaldas.	27/7/2017	14:05	27/7/2017	21:00
			2/8/2017	10:00	2/8/2017	14:00

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: RAFAEL GÓMEZ	

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: