



**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)

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

LÓPEZ BÁEZ SANTIAGO FRANCISCO

SPA

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

MACAS-MORONA SANTIAGO

CONJUNTO DE CÁMARA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: FRANCISCO LÓPEZ

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

CONCIERTO DEL CONJUNTO DE CÁMARA, CON EL PROPÓSITO DE SOLEMNIZAR LA FUNDACIÓN DE MACAS, EN UN ACTO CULTURAL EN EL CUAL SE DIÓ RECONOCIMIENTO A LOS POSEEDORES DE SABERES MACABEES, REALIZADO EN EL TEATRO MUNICIPAL DE DICHA CIUDAD EL DÍA 12 DE AGOSTO DEL 2017, A LAS 20H00

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	11-08-2017	13-08-2017	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	8H30	17H00	

**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-MACAS	11-08-2017	11H30	11-08-2017	21H00
TERRESTRE	C.C.E.	MACAS-QUITO	13-08-2017	8H30	13-08-2017	17H00

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

NOMBRE: FRANCISCO LÓPEZ

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.

**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: Leon L. Sierra

NOMBRE: