



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)

14-08-2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Falconi Gallo María Verónica

PUESTO QUE OCUPA:

SPA

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Puyo - Pastaza

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

Publicaciones

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Verónica Falconi

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Taller de Literatura aplicado a la poesía, dictado en el Núcleo de Pastaza para los participantes al Encuentro Regional de Betas, del 7 al 9 de agosto 2017 (salida Quito: 6 agosto, retorno: 10 de agosto) Adj: informe Sr. Presidente

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	06-08-2017	06-08-2017	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	15h00	20:30	

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	San Francisco	Quito - Puyo	6-8-2017	15h00	6-8-2017	20:30
Terrestre	Amazonas	Puyo - Ambato - Quito	10-8-2017	10h30	10-8-2017	16:00

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

Falconi

NOMBRE: VERÓNICA FALCONI GALLO

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.

FIRMAS DE APROBACIÓN

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA
O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Edo. Huenca Crespo

NOMBRE:

Patucos Huenca Crespo

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA
UATH INSTITUCIONAL

[Signature]

NOMBRE: