



**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)

21 DE DICIEMBRE 2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

RAFAEL GÓMEZ

S.P.2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

PORTOVISSO - MANABI

MUSSOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: RAFAEL GÓMEZ

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

ME TRASLACE A LA CIUDAD DE PORTOVISSO, TRANSPORTANDO Y CUIDANDO LAS OBRAS DE ARTE DEL MAESTRO PATRICIO NEFIA PARA SER EXPOSTAS EN LA GALERÍA "AMORFINO" UBICADA EN LA CIUDAD DE PORTOVISSO.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	24/10/2017	24/10/2017	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	15:00	22:30	

**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	C.C.E.	Quito-PortoVissio	24/10/2017	15:00	24/10/2017	22:30
		PortoVissio-Quito	25/10/2017	12:30	25/10/2017	20:30

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

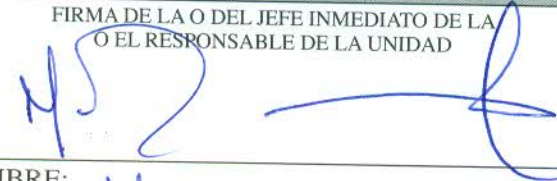
  
NOMBRE: RAFAEL GÓMEZ

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: Yane Basso

NOMBRE:

