



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)

5 DE DICIEMBRE 2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

RAFAEL GÓMEZ

PUESTO QUE OCUPA:

S.P.2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

MACAS - MORONA-SANTIAGO

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 MACAS, PARA DESMONTAR, EMBAJAR Y CUSTODIAR LAS OBRAS DE LA MAESTRA SYLVIA GARRÍN, QUE FUERON EXPUESAS EN LAS SALAS DE EXPOSICIONES DEL MUSEO DE MORONA-SANTIAGO, LA CIUDAD DE QUITO.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	30/11/2017	30/11/2017	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	14:15	21:30	

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-MACAS	30/11/2017	14:15	30/11/2017	21:30
"	"	MACAS-QUITO	2/12/2017	07:00	2/12/2017	15:00

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

[Handwritten signature]

NOMBRE: RAFAEL GÓMEZ

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

[Handwritten signature]

NOMBRE:

MARCE ROSA B

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: