



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

15-2011

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

19 de Julio 2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Rafael Gómez

PUESTO QUE OCUPA:

SiP. 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, TRANSPORTANDO Y COSTUMANDO LAS OBRAS DEL MAESTRO LUIS ROSENDO MORA. PARA LA EXPOSICIÓN QUE SE REALIZÓ EN EL NÚCLEO DE ESMERALDAS, LAS MISMAS QUE FUERON EXPOSTAS EN LA CCEE.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	15/7/2017	15/7/2017	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	8:00	15:00	

**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	BOSETON	Quito-ESMERALDAS	15/7/2017	8:00	15/7/2017	15:00
		ESMERALDAS-Quito	18/7/2017	10:30	18/7/2017	17:30

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

*Rafael Gómez*

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

*[Signature]*

NOMBRE:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

*[Signature]*

NOMBRE: