



**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN

**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 15-11-2017
---	--

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR Manosalvas Gómez Héctor Darwin	PUESTO QUE OCUPA: Conductor
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL Macas - Morona Santiago	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR Servicios Técnicos
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Rafael Gómez (Museos) y Darwin Manosalvas (Conductor).	

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Traslado de obras de la Maestra Silvia García hacia la ciudad de Macas para montaje de la exposición Arte Viajero en dicha localidad.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	13-11-2017	14-11-2017	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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA hh:mm	11:00:00	15:00:00	

**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	CCE	Quito-Macas	13-11-2017	11:00:00	13-11-2017	20:00:00
Terrestre	CCE	Macas-Quito	14-11-2017	07:00:00	14-11-2017	15:00:00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**OBSERVACIONES**

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO	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 tendría 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
NOMBRE: Héctor Darwin Manosalvas Gómez	

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL
NOMBRE: Ing. Dayra Abad	NOMBRE: Ing. Ingrid Bastidas Escobar

L. CP  
Sm