



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)

20 DE NOVIEMBRE 2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

RAFAEL GÓMEZ

S.R. 2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

MACAS - MORONA - SANTIAGO

MUSOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

RAFAEL GÓMEZ

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ME TRASLADÉ A LA CIUDAD DE MACAS, TRANSPORTANDO Y CUSTODIANDO, LAS OBRAS DE ARTE DE LA MAESTRA SYLVIA GARCÍA, PARA SER EXPOSTAS EN LA SALA "JULIO SANCHEZ CELI" DE LA CASA DE LA CULTURA HÚNICO DE MORONA SANTIAGO.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	13/11/2017	13/11/2017	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	12:00	20:00	

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	C.C.E.	Quito-Macas.	13/11/2017	12:00	13/11/2017	20:00
		Macas-Quito	16/11/2017	14:00	16/11/2017	22:00

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

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:


NOMBRE: