



**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)
---	--------------------------------

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR <b>FLORES LARREA KATIA PATRICIA</b>	PUESTO QUE OCUPA: <b>DIRECTORA</b>
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL <b>MANABI - MANA</b>	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR <b>BIBLIOTECA</b>

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: **KATIA FLOR**

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

- Asistencia a la inauguración del Capítulo Manabí, del diálogo Social Nacional por la Cultura en el Núcleo de Manabí de la Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Visita técnica y asesoramiento a la Biblioteca del Núcleo de Manabí como parte de la Red Nacional de Bibliotecas de la CCE.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	28/09/2017	28/09/2017	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	06:00'	06:50'	

**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
AÉREO	AUIANCA	QUITO-MANA	28/09/2017	06:00'	28/09/2017	06:50'
AÉREO	AUIANCA	MANA-QUITO	29/09/2017	20:00'	29/09/2017	20:50'

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
	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.
NOMBRE: <b>KATIA FLOR</b>	

**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:

