



**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)

1-de Septiembre de 2017.

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Bustos Navarrete Sonia Maria

PUESTO QUE OCUPA:

Profesional 2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Orellana - Orellana

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

Gestión Comunicación Social

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Jorge Salazar - Norberto Fuentes

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

libreto y conducción del III Festival Provincial del Albazo  
Ecuatoriano "Mayón de Oro"

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	29-08-2017	31-08-2017	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	16H30	23H: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	Baños	Quito-Orellana	29-8-2017	16H30	29-8-2017	23H30
Terrestre	Baños	Orellana-Quito	31-08-2017	15H00	31-08-2017	22H00

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

*Sonia Maria Bustos Navarrete*

NOMBRE:

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

*Cristina Castrujón*

NOMBRE:

CRISTINA CASTRUJÓN

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE:

*[Signature]*