



**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)

17-07-2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

ORDÓÑEZ ROMERO NANCY GUADALUPE

SERVIDOR PUBLICO 6

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

ZAMORA - ZAMORA CHINCHIPE

DIRECCION ADMINISTRATIVA.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

ING. NANCY ORDÓÑEZ ROMERO

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

TALLER DE CONTRATACIÓN PÚBLICA PARA LOS FUNCIONARIOS DEL NUCLEO DE ZAMORA - LEY DE CONTRATACION PUBLICA Y SU REGLAMENTO GENERAL COMPENDIO DE RESOLUCIONES DEL SERCOP - PAC - SISTEMA DE CONTRATACION PUBLICA - INFIMAX CUANTIA - REGIMEN ESPECIAL - CATALOGO ELECTRONICO

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	11-07-2018	13-07-2018	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	15H20	18H30	

**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
AEREO	TAME	QUITO-LOJA	11-07-2018	15H20	11-07-2018	16H20
AEREO	TAME	QUITO-LOJA	13-07-2018	17H30	13-07-2018	18H30

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

*S. Ordóñez R*

NOMBRE: ING. NANCY ORDÓÑEZ R.

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: