



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)

12-02-2018

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

VARGAS CACERES DANIELA VERÓNICA

ANAUSTA Z

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

TENA NAPO

DIRECCIÓN DE MUSEOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

1. CONOCER EL ESPACIO DONDO SE CONSTRUIRÁ LA GALERIA
Mediante la exposiciones que se realizarán en esta galería se dará mayor énfasis a la ciudad y de hecho a la provincia.
2. PLANTEAMIENTO MUSEOGRAFICO
PODEMOS MEJORAR LOS ESPACIOS REDISTRIBUYENDOLOS
3. PROGRAMACION DE ELEMENTOS. SE DETERMINARA QUE SE NECESITA PARA EL PROYECTO

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	08-02-2018	09-02-2018	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	08H30	19H00	

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	COOPERATIVA BAÑOS	QUITUMBE TENA	08-02-2018	08H30	08-02-2018	19H00
TERRESTRE	COOPERATIVA BAÑOS	TENA QUITUMBE	09-02-2018	13:15	09-02-2018	19H00

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:

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: