



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) 6-02-2018
---	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR BASTIDAS ESCOBAR LUIS ALFONSO	PUESTO QUE OCUPA: DIRECTOR GESTION DESARROLLO I.
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL GUAYAQUIL - GUAYAS	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIRECCION GESTION DES. INST.
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: LUIS BASTIDAS	

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

SE REALIZÓ UN TALLER INFORMATIVO SOBRE EL MANUAL DE DESCRIPCIÓN, VALORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PUESTOS A LOS DIRECTORES DE LOS NUEVOS PROVINCIALES DE GUAYAS, LOS ZARO, SANTA ELENA, BOLÍVAR Y EL ORO; A FIN DE OPTIMIZAR EL USO DE ESTA HERRAMIENTA ADMINISTRATIVA.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	1-02-18	2-02-18	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	7:40	20:10	

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-GUAYAQUIL	1-02-18	7:40	1-02-18	8:10
AEREO	TAME	GUAYAQUIL-QUITO	2-02-18	19:30	2-02-18	20:10

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:	

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:

C.P.
H.2