



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)

20- Febrero -2018

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Noriega Rivera Patricia del Carmen Asesora

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Puyo - Pastaza

Museos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Juan Sigüenza y Patricia Noriega

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Asesoramiento y modificación de los Términos de Referencia para el Replanteamiento del Montaje del Museo Etno-Arqueológico del Municipio de Puyo.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	15-II-2018	17-II-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	04:00	15:00	

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	Institucional	Quito - Puyo	15-II-2018	04:00	15-II-2018	10:00
Terrestre	Institucional	Puyo - Quito	17-II-2018	09:00	17-II-2018	15:00

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

[Handwritten signature]
NOMBRE: Patricia Noriega

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

[Handwritten signature]
NOMBRE: *[Handwritten name]*

NOMBRE: