



CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN

Ministerio de Relaciones Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES <i>121.</i>	FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa) 09-08-2016
--	---

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR Manosalvas Gómez Héctor Darwin	PUESTO QUE OCUPA Conductor
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL Macas / Morona Santiago	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR Servicios Técnicos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Grupo musical, de danza y apoyo y Darwin Manosalvas (Conductor).

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Traslado de personal de grupo musical Tiempos Andinos, grupo de danza Ballet del Ecuador y equipo de apoyo para la presentación del programa Domingos de Casa Abierta en la ciudad de Macas.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA 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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.
FECHA dd-mm-aaaa	06/08/16	08/08/16	
HORA hh:mm	08:00:00	00:15:00	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
Terrestre	CCE	Quito-Macas	06/08/16	08:00:00	06/08/16	18:00:00
Terrestre	CCE	Macas-Quito	07/08/16	16:00:00	08/08/16	00:15:00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

NOMBRE: Héctor Darwin Manosalvas Gómez

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 tendría 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 EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO

NOMBRE: Ing. Lázaro R. Bello F.

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UATH INSTITUCIONAL

NOMBRE: Lcdo. Raúl Pazmiño Cortéz