

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

...UD DE AUTORIZACIÓN PARA  
...MIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

14 DE AGOSTO 2017.

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

RAFAEL GÓMEZ

PUESTO QUE OCUPA:

S.P.2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

PUYO - PASTAZA.

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

MUSEOS.

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

RAFAEL GÓMEZ

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

ME TRASLADÉ A LA CIUDAD DEL PUYO, TRANSPORTANDO Y CUSTODIANDO LAS OBRAS DE ARTE DE LOS MAESTROS LUIS ROSERO MORA Y PATRICIO MEJÍA, A LA CASA DE LA CULTURA NÚCLEO DE PASTAZA Y AL MUNICIPIO DEL CANTÓN PASTAZA PARA SER EXPUESAS EN LOS LUGARES ANTES MENCIONADOS.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	7/8/2017	7/8/2017	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	10:00	16:00	

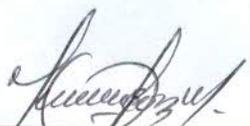
**TRANSPORTE**

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	BUSION	Quito, Puyo	7/8/2017	10:00	7/8/2017	16:00
TERRESTRE	SDV. FRSUCRSC	Puyo-Quito	10/8/2017	11:15	10/8/2017	18:00

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



NOMBRE: RAFAEL 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 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:

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
UATH INSTITUCIONAL



NOMBRE: