



**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)

27 DE NOVIEMBRE 2017

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

RAFAEL GÓMEZ

S.P.2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

PORTOVIÑO - MANSBI

MUSEOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

RAFAEL GÓMEZ

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

ME TRASLADÉ A LA CIUDAD DE PORTOVIÑO, PARA DESMONTAR, EMBALAR, TRANSPORTAR Y CUSTODIAR, LAS OBRAS DE ARTE DEL MAESTRO PATRICIO MEJÍA, MISMAS, FUERON EXPUESTAS EN LA "GALERÍA AMORFINO" DE LA CIUDAD DE PORTOVIÑO, PARA TRANSPORTARLAS A LA CIUDAD DE QUITO.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	23/11/2017	23/11/2017	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	10:30	17:30	

**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	COACTUR	Quito-PortoVIÑO	23/11/2017	10:30	23/11/2017	17:30
" "	C.C.E.	PortoVIÑO-Quito	25/11/2017	07:00	25/11/2017	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

NOMBRE: RAFAEL GÓMEZ

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: MRS. RO. BARRERA

NOMBRE: