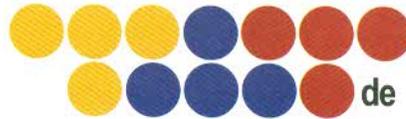




CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



Ministerio
de Relaciones
Laborales

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

05-12-2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Gallardo Bastidas Ricardo

PUESTO QUE OCUPA:

Director Gestión Financiera

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Napo

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

Dirección Gestión Financiera

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Ricardo Gallardo, Luis Bastidas

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Reunión de trabajo con la Sra. Jilma Yumbo, Directora Provincial Napo, se analizaron temas generales sobre el nuevo modelo de Gestión Financiera que se implementará en el 2018, socialización con el personal sobre nuevo modelo de gestión.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	30-11-17	Napo-30-11-17	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	07:00	11:00	

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		Quito - Napo	30-11-17	07:00	30-11-17	11:00
terrestre		Napo - Quito	01-12-17	15:30	01-12-17	17:00

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

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.I.
Rn