



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)

23 - OCTUBRE - 2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Noriega Rivera Patricia del Carmen ASesor J

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

JHUJHUJINDI - SUACUMAYO

MUSEOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: JUAN SANCHEZ y Patricia Noriega

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Se realizó un taller de LIBERAZO E IDENTIDAD con jóvenes y adultos de la comunidad 18 de noviembre.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	16-10-2017	20-10-2017	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	5:30	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	PERIODICOS QUITO-JHUJHU		16-10-17	5:30	16-10-17	15:30
terrestre	INTERPROVINCIAL JHUJHU-FQUITO		20-10-17	6:30	20-10-17	17:30

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:

M. R. [Handwritten]

NOMBRE:

[Handwritten signature]