



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-oct-2017

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR
Muñoz Rojas Verónica del Carmen

PUESTO QUE OCUPA:
Curadora de Museo

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL
San Antonio de Ibarra - Imbabura

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE
LA O EL SERVIDOR Dirección de Museos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Verónica Muñoz y Fernando López

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

- Revisión y selección de obras del artista en su taller (110 obras)
- Tomas fotográficas, identificación de datación y levantamiento de dimensiones.
- Revisión y clasificación de bases para exposición.
- Entrevista al artista y planteamiento inicial para curaduría.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	02-Oct-2017	03-oct-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	8h00	18h00	

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 - Ibarra	02-Oct-2017	8h00	02-Oct-2017	11h15
Terrestre		Ibarra - Quito	03-oct-2017	15h00	03-Oct-2017	18h00

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: Verónica Muñoz R.

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:

NOMBRE: