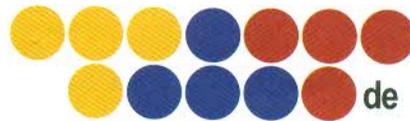




**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

29-03-2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

Chilwisa Palacios Jeimi Carolina

Servidor Público 2

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

Olón - Santa Elena

Comunicación Social

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Jeimi Chilwisa  
Jonathan Sarsosa, Luis Guachín.

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

- Realización de un documental del Maestro Olmedo Quimbato
- Realización de una nota periodística del Festival "Dorahongo Vive el teatro"
- Realización de un reportaje sobre el núcleo provincial

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	24/03/2018	28/03/2018	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	10h00	17h30	

**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	CCE	Quib - Santa Elena	24/03/2018	10:00	24/03/2018	10h00
Terrestre	CCE	Hanabi - Quito	28/03/2018	22:00	28/03/2018	17h30

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: Jeimi Chilwisa

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: