



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:

Sarsoza Valencia Jonathan Enrique

SPA 1

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:

Jonathan Sarsoza

Jeremí Chiluisa - Luis Guachón

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

- Tornos de locuciones y entrevistas para la realización de un documental del maestro Olmedo Quimbato
- Torno y cobertura del Festival "Pocho Viejo vive el teatro"

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	Quito - Santa Elena	24/03/2018	10h00	24/03/2018	10h00
Terrestre	CCE	Manabí - Quito	28/03/2018	22h00	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: Jonathan Sarsoza	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: