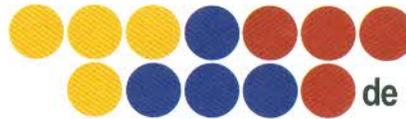




**CCE**  
BENJAMÍN  
CARRIÓN



**Ministerio  
de Relaciones  
Laborales**

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

N° SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

06-03-2018

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

SIBUENZA PARDO JUAN JUIS

SERVIDOR PÚBLICA 4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

HACHA - BLORO

HUELOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: KATIA FLOR, FERNANDO SALME Y JUAN SIBUENZA

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

VISITA A CANTON CHILLO - PLANIFICACION DE LA CREACION DE UN CENTRO DE INTERPRETACION CULTURAL (MUSEO)  
VISITA A CASACAY - RESERVA MIENTOS PARA CONSERVAR MATERIAL ARQUEOLOGICO  
PLANIFICACION PARA CONSTRUCCION DE EDIFICIO Y CONSTRUCCION DE MUSEO EN EL CENTRO DE ANTE Y CIENCIA DE HACHA - CCE

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	28-02-18	02-03-18	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	16:00	23:30	

**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
AEREO	TAME	QUITO-SAN RAFAEL	28-02-18	16:00	28-02-18	22:00
AEREO	TAME	SAN RAFAEL-QUITO	02-03-18	19:30	02-03-18	23:30

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
 NOMBRE: JUAN JUIS SIBUENZA	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 UNIDAD INSTITUCIONAL
 NOMBRE: MORALES P. SER B	 NOMBRE: