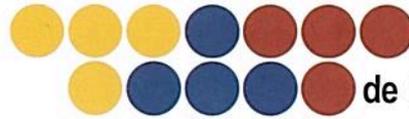




CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

22 - 08 - 2018

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

NARAYO ESTRELLA CAROL

PUESTO QUE OCUPA:

FUNCIONARIO SP4

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

MACAS - MORONA SANTIAGO

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

CINEMATICA NACIONAL CCE

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

CAROL NARAYO ESTRELLA

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

GRABACIÓN DE LOS EVENTOS DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA CCE NÚCLEO DE MORONA SANTIAGO Y DICTAR EL II TALLER DE PROYECCIÓN AUDIOVISUAL EN LA CIUDAD DE MACAS DEL 11 AL 18 DE AGOSTO DE 2018.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	10-08-18	19-08-18	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	22H00	07H00	

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	SDH FCO	QUITO-MACAS	10-08-18	22H00	11-08-18	07H00
"	SDH FCO	MACAS-QUITO	18-08-18	23H00	19-08-18	07H00

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
	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.
NOMBRE:	

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:	NOMBRE: