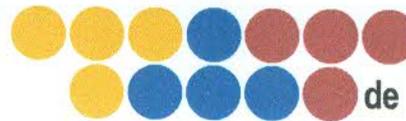




CCE
BENJAMÍN
CARRIÓN



**Ministerio
de Relaciones
Laborales**

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

GODOY ANDRADE LAURA TERESA

PROFESIONAL S

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

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

QUITO, PICHINCHA

CINEMATECA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DISCOGRÁFICO VOLUMEN 7
ENTREVISTA RADIO GUARANDA : EL CINE Y LA MÚSICA
REUNION DE TRABAJO, PARA ORGANIZAR MUESTRAS CINE NUCLEO BOLIVAR

| ITINERARIO | SALIDA | LLEGADA | NOTA |
|---------------------|--------|---------|--|
| FECHA dd-mmm-aaa | | | 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 | | | |

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 | ARENASSA | GUARANDA-QUITO | 27-12-2018 | 11:30 | 27-12-2018 | 18:00 |

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 |
|--|---|
| <p>LAURA GODOY</p> <p>NOMBRE: </p> | <p>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.</p> |

FIRMAS DE APROBACIÓN

| | |
|--|---|
| <p>FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p> <p></p> <p>NOMBRE:</p> | <p>FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA</p> <p></p> <p>NOMBRE:</p> |
|--|---|