



**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-Mayo-2019

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES - DE LA O EL SERVIDOR

Sosa Guzmán Diego Roberto

PUESTO QUE OCUPA:

Técnico Operador Sala de Cine (SP1)

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

Manta - Manabí

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

Cinemateca

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Diego Sosa - Janio Allauca.

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Instalación del procesador de sonido y el proyector digital del MAAC Cine Manta.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	29-Abril-2019	01-Mayo-2019	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	06:10	08:40	

**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-Manta	29-Abril-2019	06:10	29-Abril-2019	07:10
Aereo	Tame.	Manta-Quito	01-Mayo-2019	07:40	01-Mayo-2019	08:40

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

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: Diego Sosa.

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.

**FIRMAS DE APROBACIÓN**

FIRMA DE LA O DEL JEFE INMEDIATO DE LA  
O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: LAURA BODOY

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

*[Handwritten signature]*

NOMBRE: Mayra Alarcos Reales