

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  
**JNDOT-THU-2015-019**  
 XA-RCC-17

FECHA DE SOLICITUD (dd-mm-aaaa)  
 23/03/2015

VIÁTICOS	MOVILIZACIONES	x	SUBSISTENCIAS	x	ALIMENTACIÓN	x
----------	----------------	---	---------------	---	--------------	---

DATOS GENERALES

CEDULA:	1703845048	
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	ABARCA DURAN XIMENA GUADALUPE	
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVIDOR INSTITUCIONAL	GUAYAQUIL-GUAYAS	
FECHA SALIDA (dd-mm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mm-aaaa)
24/03/2015	7:40	24/03/2015
PUESTO QUE OCUPA:		HORA LLEGADA (hh:mm)
ANALISTA DE REGULACION, CONTROL Y GESTIÓN DE LA CALIDAD		15:10
DIRECCIÓN TÉCNICA DE REGULACIÓN, CONTROL Y GESTIÓN DE CALIDAD		

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES: Dra. Diana Almeida y Dra. Verónica Jerez

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:

Visita a los Hospitales Maldonado Carbo y Abel gilbert para evaluar posibilidades de realizar tx

TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
AÉREO	TAME	QUITO-GUAYAQUIL	24/03/2015	7:40	24/03/2015	8:40
AÉREO	TAME	GUAYAQUIL-QUITO	24/03/2015	14:10	24/03/2015	15:10

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: PICHINCHA TIPO DE CUENTA: CORRIENTE No. DE CUENTA: 33387351-04

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE

*Ximena Abarca*

JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE

*Dra Verónica Jerez*

NOMBRE: ABARCA DURAN XIMENA GUADALUPE

NOMBRE: VERONICA JEREZ

UNIDAD DE TALENTO HUMANO

*Denisse Quelal*

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

*Dra Diana Almeida*

NOMBRE: Ing. Denisse Quelal

NOMBRE: DRA. DIANA ALMEIDA UBIDIA

Resol. Del. 001-2015

ANEXO 1

LIQUIDACIÓN PRELIMINAR (PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD RESPONSABLE DEL CÁLCULO Y PAGO)

LUGAR DE LA LICENCIA CON REMUNERACION	ZONA	NIVEL	VALOR VIÁTICO	TIEMPO EN LICENCIA CON REMUNERACIÓN	VALOR A CANCELAR
VALOR TOTAL A RECIBIR					

NOMBRE RESPONSABLE DEL CÁLCULO:

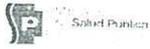
FIRMA:

NOTA: Esta solicitud deberá ser presentada para su Autorización, con por lo menos 72 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales; salvo el caso de que por necesidades institucionales la Autoridad Nominadora o su delegado autorice.

De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubsistentes

El informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional

Está prohibido conceder servicios institucionales durante los días de descanso obligatorio, con excepción de las Máximas Autoridades o de casos excepcionales debidamente justificados por la Máxima Autoridad o su Delegado.



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

VERSIÓN

002

TRAZABILIDAD



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

INDOT - THU - 2015 - 019

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

XA- DRCC Nº 18

26/03/2015

DATOS GENERALES

CEDULA: 1703845048

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

ABARCA DURAN XIMENA GUADALUPE

PUESTO QUE OCUPA: DIRECTORA DE REGULACIÓN, CONTROL Y GESTION DE LA CALIDAD

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

GUAYAQUIL-GUAYAS

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

DIRECCION DE REGULACION, CONTROL Y GESTION DE LA CALIDAD

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Dra. Diana Almeida, Dra Verónica Jerez

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Se visita el Hospital Teodoro Maldonado Carbo para conocer la situación del hospital en relación a sus capacidades para desarrollar programas de trasplante, asisten a la reunión la actual Directora asistencial Dr. María de Jesús Torres , Dr. Byron Abad, Dra. Carla Aveda, y las Dras Almeida, Jerez y Abarca, además del coordinador Zonal 2 del INDOT. Se analiza las condiciones actuales del hospital y se informa que hay varios temas de infraestructura que se desarrollarán por el lapso de 8 meses que incluye las áreas de terapia intensiva y quirófanos, se realizará un levantamiento de la línea de base el 28 de abril conjuntamente entre el Dr. Abad y Dr. Jaramillo del INDOT , para determinar las condiciones objetivas del hospital y compararlas con las del Hospital Abel Gilbert para realizar las recomendaciones de los programas de trasplante al Ministerio de Salud. Se recibe además la carpeta con el cumplimiento de las observaciones al documento adjunto para acreditación como Hospital generador de donantes del Hospital Abel Gilbert Pontón.

ITINERARIO

SALIDA

LLEGADA

NOTA

FECHA

dd-mmm-aaa

24/03/2015

24/03/2015

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 el caso, hasta su llegada de estos sitios.

HORA

hh:mm

5:45

16:20

TRANSPORTE UTILIZADO

TIPO DE

TRANSPORTE

(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)

NOMBRE DE TRANSPORTE

RUTA

SALIDA

LLEGADA

FECHA

HORA

FECHA

HORA

dd-mmm-aaaa

hh:mm

dd-mmm-aaaa

hh:mm

AEREO

TAME

QUITO- GUAYAQUIL

24/03/2015

9:00

24/03/2015

10:00

AEREO

TAME

GUAYAQUIL - QUITO

24/03/2015

14:05

24/03/2015

15:05

NOTA En caso de movilización, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos; así como también las facturas de servicios utilizados (parqueaderos, taxis)

Autorizo se descuente a favor de la entidad aquellos valores que se determinen en la liquidación de viáticos y subsistencias.

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE

*Ximena Duran*

JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE

*Dra Verónica Jerez*

NOMBRE: ABARCA DURAN XIMENA GUADALUPE

NOMBRE: VERONICA NATALIA JEREZ CAICEDO

FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

*Denisse Quelal*

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

*Dra Verónica Jerez*

NOMBRE: DENISSE QUELAL

NOMBRE: DENISSE QUELAL

Resolución de autorización 001-2015

ANEXO 2

¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT?

SI

NO

CERTIFICACION DE EJECUCION DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Certifico que el Servidor se presentó en el lugar de la LICENCIA en los días y horas indicados

LUGAR DE LA LICENCIA

INICIO DE LA LICENCIA

FIN DE LA LICENCIA

PROVINCIA

CIUDAD

FECHA

HORA

FECHA

HORA

NOMBRE DEL RESPONSABLE

CARGO DEL RESPONSABLE

FIRMA

*20/03/15*