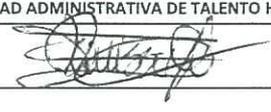
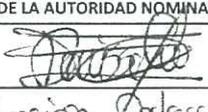


		SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES				
		VERSIÓN	002	TRAZABILIDAD		
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES						
Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			FECHA DE SOLICITUD (14-04-2015)			
INDOT-THU-2015-027						
VIÁTICOS	x	MOVILIZACIONES		SUBSISTENCIAS		
				ALIMENTACIÓN	x	
DATOS GENERALES						
CEDULA:	1002677449					
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR			PUESTO QUE OCUPA:			
JAHIEL ESPINOSA MEZA			ASISTENTE DE COMUNICACIÓN			
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR			
RIOBAMBA- CHIMBORAZO			COMUNICACIÓN SOCIAL			
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)		FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)		
14/04/15	19:00		14/04/15	23:00		
16/04/15	18:00		16/04/15	21:00		
SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:						
DRA. VERÓNICA JEREZ- DRA. EVELING MOGRO- JAHIEL ESPINOSA- MIGUEL GUERRON						
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:						
REUNIÓN CON COORDINAZON ZONAL 3 CZ3 RIOBAMBA- VISITA AL HOSPITAL DEL PUYO - CURSO DE COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS- REUNIÓN CON MEDIOS DE COMUNICACIÓN						
TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO						
TIPO DE TRANSPORTE <small>(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)</small>	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
			dd-mmm-aaaa	hh:mm	dd-mmm-aaaa	hh:mm
TERRESTRE	AUTO	QUITO-RIOBAMBA	14/04/15	19:00	14/04/15	23:00
TERRESTRE	AUTO	RIOBAMBA- PUYO	15/04/14	13:00	15/04/14	16:00
TERRESTRE	AUTO	PUYO- RIOBAMBA	15/04/14	18:00	15/04/14	22:00
TERRESTRE	AUTO	RIOBAMBA- QUITO	16/04/15	18:00	16/04/15	22:00
DATOS PARA TRANSFERENCIA						
NOMBRE DEL BANCO: INTERNACIONAL		TIPO DE CUENTA: AHORROS		No. DE CUENTA: 0800847363		
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE			JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE			
						
NOMBRE: JAHIEL ESPINOSA MEZA			NOMBRE: LENIN FIGUEROA			
FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO			FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO			
						
NOMBRE: DENISSE QUELAL			NOMBRE: Resolución Delegación 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.

	<b>INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES</b>		
	VERSIÓN	002	TRAZABILIDAD

 <b>Ministerio de Relaciones Laborales</b>
---

**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (17-04-2015)
<b>INDOT-THU-2015-027</b>	

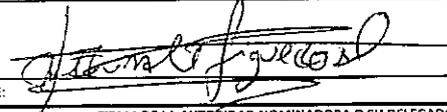
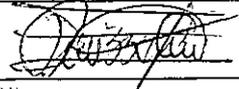
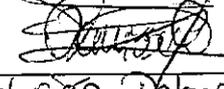
DATOS GENERALES	
CEDULA: 1002677449	1002677449
APellidos - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	PUESTO QUE OCUPA:
JAHIEL ESPINOSA MEZA	ASISTENTE DE COMUNICACION
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR
RIOBAMBA - CHIMBORAZO	COMUNICACIÓN
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:	
DRA VERÓNICA JERÉZ- DRA EVELING MOGRO-JAHIEL ESPINOSA- MIGUEL GUERRÓN	

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS	
REUNIÓN CON AUTORIDADES DE LA COORDINACIÓN ZONAL 3 RIOBAMBA- VISITA A HOSPITAL DE EL PUYO Y REUNIÓN CON GERENTE DE HOSPITAL	
AGENDA CON MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL : DIARIO LOS ANDES - ECUAVISIÓN- TVS- RADIO FÓNICAS POPULARES- RADIO ERPE- RADIO LATINA	
CURSO DE COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS DIRIGIDO A PROFESIONALES DE LA CZ3, ASISTENCIA DE 24 PERSONAS	

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA	14-04-2015	16/04/15	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	19:00	23:00	

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	
TERRESTRE	AUTO	QUITO- RIOBAMBA	14/04/15	19:00	14/04/15	23:00	
TERRESTRE	AUTO	RIOBAMBA- PUYO	15/04/15	13:00	15/04/15	16:00	
TERRESTRE	AUTO	PUYO- RIOBAMBA	15/04/15	18:00	15/04/15	22:00	
TERRESTRE	AUTO	RIOBAMBA- QUITO	16/04/15	18:00	16/04/15	22:00	

8:00  
 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		JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE	
			
NOMBRE: JAHIEL ESPINOSA MEZA		NOMBRE: Miguel Guerrero	
FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO		FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO	
			
NOMBRE: DENISSE QUELAL		NOMBRE: Resolución Delegación 001 2015	
¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT?		ANEXO 2	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			

CERTIFICACION DE EJECUCION DE SERVICIOS INSTITUCIONALES							
Certifico que el Servidor se presento 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			
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			

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 tendría 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

AUTORIZACION DE EXTENSION DE SERVICIOS INSTITUCIONALES (Llenar únicamente cuando corresponda)			
Autorizo para que se efectúe un alcance a la LICENCIA de servicios, y se proceda a la reliquidación respectiva tramitada originalmente, según los datos consignados en este informe:		DESDE (FECHA Y HORA)	HASTA (FECHA Y HORA)
NOMBRE DEL DIRECTOR		FECHA	FIRMA