

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

INDOT-THU-2015-029

02/04/2015

VIÁTICOS MOVILIZACIONES SUBSISTENCIAS X ALIMENTACIÓN X

DATOS GENERALES

CEDULA:	0926112640		
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR		PUESTO QUE OCUPA:	
LINDAO QUIMIS CINTHYA LISSETTE		SECRETARIA ZONAL 2	
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR	
PICHINCHA - QUITO		COORDINACION ZONAL 2	
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)
06/04/2015	10:10	06/04/2015	18:50

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:

TRASLADO DE CELULAS MADRE PARA TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

TRANSPORTE PREVISTO Y/O 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	GUAYAQUIL - QUITO	06/04/2015	10:10	06/04/2015	10:50
AEREO	TAME	QUITO - GUAYAQUIL	06/04/2015	18:05	06/04/2015	18:50

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: GUAYAQUIL TIPO DE CUENTA: AHORROS No. DE CUENTA: 17377383

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE

JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE

NOMBRE: LINDAO QUIMIS CINTHYA LISSETTE

NOMBRE: DR. WINSTON JARAMILLO

FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

Resolución Delegación 001 2015

NOMBRE: ING. DENISSE QUELAL

NOMBRE: DRA. DIANA ALMEIDA

ANEXO 1

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

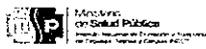
LUGAR DE LA LICENCIA CON REMUNERACION	ZONA	NIVEL	VALOR VIÁTICO	TIEMPO EN LICENCIA CON REMUNERACION	VALOR A CANCELAR

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	07/04/2015
<b>INDOT-THU-2015-029</b>	

DATOS GENERALES

CEDULA: 0926112640	
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	PUESTO QUE OCUPA:
LINDAO QUIMIS CINTHYA LISSETTE	SECRETARIA ZONAL 2
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR
PICHINCHA - QUITO	COORDINACION ZONAL 2
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:	

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

La actividad inicia a las 07:30 am, cuando desde mi domicilio me diriji hacia la oficina para retiro del salvoconducto (transporte de celulas) posterior a Solca llegando aproximadamente a las 07:50, de manera inmediata me acerco a la area de Hemobiologia, lugar de donde retiro las celulas madre; posterior al retiro y constatación de las muestras me traslado en vehiculo contratado de nuestra Institución hacia el Aeropuerto, y emprendo mi viaje hasta la ciudad de Quito. En el Aeropuerto de Tababela me esperaba el compañero Miguel Guerrón, quien despues tomó la responsabilidad del traslado de las celulas hasta el Hospital Metropolitano y entregarlas personalmente. Una de las gestiones que hay que resaltar y denominado como producto alcanzado es la coordinacion previa que se realizó con el Jefe de Aeropuerto de Guayaquil, esto facilitó que funcionarios de TAGSA permitieran mi acceso con las celulas madre de manera rapida al area de pre embarque. Cabe mencionar que no pude retornar a la hora programada (11:40) debido a las siguientes razones: La salida desde Guayaquil se efectuó a las 10:10 y no a la hora programada (09:45) esto ocasionó mi atraso de arribo a Quito, al querer realizar el check-in para mi retorno la funcionaria de Tame me notifica que no es posible debido a que el vuelo ya estaba cerrado, el siguiente vuelo desde Quito era a las 14:00 pm, en este tampoco pude retornar ya que no habia cupo para pasajeros en lista de espera, siendo a las 18:05 pm se efectúa mi retorno gracias a la gestion de la compañera Maira Aguirre quien coordino el retorno. Por los antecedentes expuestos solicito que el pago de esta comision se considere el tiempo que pase en el aeropuerto.

	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	06/04/2015	06/04/2015	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	10:10	18:50	

TRANSPORTE UTILIZADO

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SAUDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
			dd-mmm-aaaa	hh:mm	dd-mmm-aaaa	hh:mm
AEREO	TAME	GUAYAQUIL - QUITO	06/04/2015	10:10	06/04/2015	10:50
AEREO	TAME	QUITO - GUAYAQUIL	06/04/2015	18:05	06/04/2015	18:50

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	JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE
NOMBRE: LINDAO QUIMIS CINTHYA LISSETTE	NOMBRE: DR. WINSTON JARAMILLO
FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO	FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO
NOMBRE: ING. DENISSE QUELAL	NOMBRE: DRA. DIANA ALMEIDA

ANEXO 2

¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT?  SI  NO

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	

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE CONTROL Y CALIDAD  
DIRECCION DE ADMINISTRACION  
170415