

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: **INDOT - THU - 2015 - 036**
 DA-INFORME 1
 FECHA DE SOLICITUD (dd-mmm-aaaa): 17/04/2015

VIÁTICOS: MOVILIZACIONES: SUBSISTENCIAS: ALIMENTACIÓN:

DATOS GENERALES

CEDULA: 1001544443
 APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: ALMEIDA UBIDIA DIANA HELENA MARÍA
 PUESTO QUE OCUPA: DIRECTORA EJECUTIVA
 CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: GUAYAQUIL
 NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: DIRECCIÓN EJECUTIVA
 FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa): 20/04/2015 HORA SALIDA (hh:mm): 7:45
 FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa): 20/04/2015 HORA LLEGADA (hh:mm): 20:10

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:
 Dra. Diana Almeida, Ing Patricia Taquires

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:
 Visita al Hospital Universitario, Hospital Luis Vernaza, Hospital Teodoro Maldonado

TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO

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
Aéreo	Tame	Quito-Guayaquil	20/04/2015	7:30	20/04/2015	8:10
Aéreo	Tame	Guayaquil-Quito	20/04/2015	19:30	15/04/2015	20:10

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: PICHINCHA TIPO DE CUENTA: Ahorros No. DE CUENTA: 3173537100

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE:  JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE: 

NOMBRE: ALMEIDA UBIDIA DIANA HELENA MARÍA NOMBRE: DIANA ALMEIDA U

UNIDAD DE TALENTO HUMANO:  FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO: 

NOMBRE: Ing. Denisse Quelal NOMBRE: ING DENISSE QUELAL Resolución Deleg. 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.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
 CONTABILIDAD
 24-04-2015

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO
 230413

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)
DA-INFORME 1	22/04/2015

INDOT-THU-2015-036		DATOS GENERALES	
CEDULA:1001534443			
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	PUESTO QUE OCUPA:		
ALMEIDA UBIDIA DIANA HELENA MARÍA	DIRECTORA EJECUTIVA		
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR		
CUENCA-AZUAY	DIRECCIÓN EJECUTIVA		

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:
Ing Patricia Taqueres, Dra Diana Almeida

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Visita al Hospital Universitario con la Ing Patricia Taqueres para solicitar el espacio físico para el funcionamiento del Banco de tejidos, además se mantiene una reunión con el Dr. Joseph Mc Dermott del Hospital Luis Vernaza para coordinación para ejecución de trasplante de pulmón con fines humanitarios, Visita al Hospital Teodoro Maldonado Carbo con el Dr Elio Ochoa y de igual manera se coordina para ejecución de trasplante de pulmón con fines humanitarios

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA 20/04/2015	20/04/2015	20/04/2015	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	7:45	20:10	

TRANSPORTE UTILIZADO

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, Terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA	HORA	FECHA	HORA
AÉREO	TAME	QUITO-GUAYAQUIL	20/04/2015	7:45	20/04/2015	8:10
AÉREO	TAME	GUAYAQUIL-QUITO	20/04/2015	19:30	20/04/2015	20:10

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

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: ALMEIDA UBIDIA DIANA HELENA MARÍA	NOMBRE: DIRECTORA EJECUTIVA
UNIDAD DE ALENTO HUMANO	FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO
NOMBRE: Ing. Denisse Quelal	Ing Denisse Quelal
	Restricción Delegación COI 2015
	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	
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 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

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

LISTADO DETALLADO DE FACTURAS-NOTAS DE VENTAS

Fecha dd-mm-aa	No. Comprobante	RUC	Razón Social	Detalle (Colocar únicamente)	Valor Total	Control Financiero Aprobado

NOMBRE RESPONSABLE DE LA VALIDACIÓN: FIRMA:

Nota: Los comprobantes de venta serán validados, y deben estar relacionados a alimentación, movilización, hospedaje, inherentes a la comisión otorgada, en caso de no cumplir con los requisitos los valores no serán reconocidos.	TOTAL MOVILIZACION	
	TOTAL ALOJAMIENTO	
	TOTAL ALIMENTACION	
	TOTAL DE GASTOS	

Declaro que los valores aquí detallados han sido utilizados exclusivamente en mi manutención y alojamiento durante el desarrollo de los servicios institucionales.