



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES Y COMPRA DE PASAJES AÉREOS

FECHA: 18-06-2015  
CÓDIGO: RG-INDOT-140

Versión: 01

PUBLICADO  EN ANALISIS  BORRADOR  OBSOLETO

PÁGINA: 1 de 1

TRAZABILIDAD

RCC-2015-11-026

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE SOLICITUD (20/11/2015)

INDOT - THU - 2015 - 102

VIATICOS  MOVILIZACIONES  SUBSISTENCIAS  DIRECCION TECNICA DE REGULACION  COORDINACION GENERAL TECNICA DE DONACION Y  ALIMENTACION

DATOS GENERALES

CECULA: 1703845048  
 APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: Ximena Abarca  
 PUESTO QUE OCUPA: DIRECTORA GENERAL TECNICA  
 CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: Guayaquil - Guayas  
 NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: DIRECCION GENERAL TECNICA  
 FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa): 04/12/2015 HORA SALIDA (hh:mm): 9:30  
 FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa): 04/12/2015 HORA LLEGADA (hh:mm): 21:00

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:

Dra. Ximena Abarca

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:

Se realizará visita de inspección a Instituto Oftalmológico Matamoros.

TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO

TIPO DE TRANSPORTE (Aereo, 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-Gayaquil	04/12/2015	9:30	04/12/2015	10:30
Aereo	Tame	Guayaquil-Quito	04/12/2015	19:00	04/12/2015	19:50

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: Pichincha TIPO DE CUENTA: Corriente No. DE CUENTA: 33387351-04

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE

JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE (Subrogante)

*Ximena Abarca S*

*Dra. Dianan Almeida*

NOMBRE: Ximena Abarca

NOMBRE: Dra. Dianan Almeida

FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

*Denisse Quelal*

*Denisse Quelal*

NOMBRE: Ing. Denisse Quelal

NOMBRE: Ing. Denisse Quelal

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
Guayaquil	A	2	40,00	1	40,00
VALOR TOTAL A RECIBIR					40,00
NOMBRE RESPONSABLE DEL CÁLCULO: <i>Fortuyo Campoverde</i>			FIRMA: <i>Luz L. F.</i>		

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>				FECHA: 18-06-2015
				CÓDIGO: RG-INDOT-192
Versión: 01				
PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	
				PÁGINA: 1 de 1

TRAZABILIDAD	RCC-2015-12-027
--------------	-----------------

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES	FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)
INDOT-THU-2015-102	11/12/2015

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR	PUESTO QUE OCUPA:
ABARCA DURAN XIMENA GUADALUPE	COORDINADORA GENERAL TECNICA
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL	NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR
GUAYAQUIL- GUAYAS	COORDINACION GENERAL TECNICA
SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:	
Ximena Abarca	

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

Se terminó la visita de inspección a la unidad de salud: INSTITUTO OFTALMOLOGICO MATAMOROS actividad realizada con éxito y en la tarde se mantuvieron dos reuniones: con el dr. Francisco Rivera del Centro de Diagnóstico Ocular Tecnología Laser para verificar los avances de las recomendaciones realizadas en la visita de inspección, cuyo informe lo presentarán en la subsiguiente semana, y con el Dr. Bosco Mendoza presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Traumatología y Ortopedia conjuntamente con otros integrantes de la directiva de la sociedad para tratar el tema de finalización del diseño del curso de formación continua en implantes. se elaboró el acta de la reunión quedando como compromiso que el INDOT consultará a las instituciones similares de la región para acordar un curso o conferencia sobre el tema de implantes que sea incluido en el curso que desarrollarán.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	04/12/2015	04/12/2015	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	9:15	21:30	

**TRANSPORTE 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
AEREO	TAME	QUITO-GUAYAQUIL	04/12/2015	9:15	04/12/2015	9:15
AEREO	TAME	GUAYAQUIL-QUITO	04/12/2015	19:00	04/12/2015	19:50

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.

<b>FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE</b>	<b>JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE</b>
DRA. XIMENA ABARCA DURAN	NOMBRE: DRA DIANA ALMEIDA, DIRECTORA EJECUTIVA
<b>FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO</b>	<b>FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO</b>
NOMBRE: DENISSE QUELAL	NOMBRE: DENISSE QUELAL

ANEXO 2	
¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input 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
GUAYAS	GUAYAQUIL	04/12/2015	9:15	04/12/2015	19:50
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CARGO DEL RESPONSABLE		FIRMA	
XIMENA ABARCA DURAN		COORDINADORA GENERAL TECNICA			

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

ETKT2692133162056C1  
FECHA/DATE: 04DEC

VUELO/FLIGHT **0195**

ABARCA/XIMENA  
DE/FROM: QUITO  
A/TO: GUAYAQUIL

ASIENTO/SEAT: **9A**  
EQUIP/BAGT:

REFERENCIA: 16

tame

ETKT2692133162056C2  
FECHA/DATE: 04DEC

VUELO/FLIGHT **0318**

ABARCA/XIMENA  
DE/FROM: GUAYAQUIL  
A/TO: QUITO

ASIENTO/SEAT: **8A**  
EQUIP/BAGT:

REFERENCIA: 21