



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

| | |
|--------------|-----------------|
| TRAZABILIDAD | RCC-2015-07-002 |
|--------------|-----------------|

| | |
|---|--------------------------------|
| Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES | FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) |
| MP-INFORME 2 | 06/07/2015 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| INOOT - THU - 2015 - 057 | | DATOS GENERALES | |
| CEDULA: 0603347782 | | PUESTO QUE OCUPA: | |
| Margarita del Carmen Pérez Cobo | | Especialista en Regulación y Control | |
| CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL | | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR | |
| Guayaquil y Cuenca | | Dirección de Regulación Control y Gestión de la Calidad | |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: | | | |
| Dra. Ximena Abarca y Dra. Margarita Pérez | | | |

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

En la ciudad de Guayaquil el día Jueves 2 de julio de 2015 se realizó la finalización de la visita de inspección a la Unidad Médica; Hospital Alcívar para acreditación en implante osteo muscular se inició el proceso y sin contratiempos ni interrupciones concluyó de forma satisfactoria completando el 50% restante del formulario de acreditación y se dio por terminado el procedimiento. Nos desplazamos al aeropuerto para emprender viaje a la ciudad de Cuenca esa noche y por la mañana del día 03 de julio de 2015 para la realización de las visitas de inspección a las Unidades Médicas: Hospital José Carrasco Arteaga y Unidad Oftalmolaser para la acreditación para trasplante de corneas en los dos casos. En horas de la mañana se inició la visita en el Hospital José Carrasco Arteaga con el respectivo recorrido y el análisis con el formulario de Acreditación y antes de finalizar se designó una comitiva para iniciar el proceso de Visita de Inspección en la Unidad Médica Oftalmolaser la cual lamentablemente no pudo ser finalizada por compromiso de consulta externa y cirugías ya programadas con anterioridad por los cirujanos por lo que se designó el día 23 de julio de 2015 para llevar a cabo dicha visita. Se completó la visita al Hospital José Carrasco Arteaga con normalidad y nos retiramos al Aeropuerto para retornar a nuestros hogares.

| ITINERARIO | SALIDA | LLEGADA | NOTA |
|---------------------|------------|---------|--|
| FECHA dd-mmm-aaa | 02/07/2015 | 6:00 | 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 | 03/07/2015 | 23:00 | |

TRANSPORTE UTILIZADO

| TIPO DE TRANSPORTE | NOMBRE DE TRANSPORTE | RUTA | SALIDA | | LLEGADA | |
|-------------------------------------|----------------------|------------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | | | FECHA | HORA | FECHA | HORA |
| (Aéreo, terrestre, marítimo, otros) | | | dd-mmm-aaaa | hh:mm | dd-mmm-aaaa | hh:mm |
| aereo | Tame | Quito-Guayaquil | 02/07/2015 | 7:50 | 02/07/2015 | 8:40 |
| | | Guayaquil-Cuenca | 02/07/2015 | 18:10 | 02/07/2015 | 18:50 |
| | | Cuenca-Quito | 03/07/2015 | 20:15 | 03/09/2015 | 21:10 |

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 descuenta 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: Margarita del Carmen Pérez Cobo | | NOMBRE: Dra. Ximena Abarca | |
| FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO | | FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO | |
| | | | |
| NOMBRE: Ing. Denisse Quejal | | NOMBRE: Dra. Diana Almeida | |

| | | | |
|------------------------------------|----|----|-------------------------------------|
| ANEXO 2 | | | |
| ¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT? | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

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 |
| Guayas y Azuay | Guayaquil y Cuenca | 02/07/2015 | 6:00 | 03/07/2015 | 23:00 |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE | | CARGO DEL RESPONSABLE | | FIRMA | |
| Dra. Ximena Abarca | | Directora de Regulación Control y Gestión de la Calidad | | | |
| 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 (Lenar 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 | |

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
RESOLUCION 001-2015
23-07-2015
09:21

ETKT2699323300098C1
FECHA/DATE: 02JUL

VUELO/FLIGHT **0305**

PEREZ/MARGARITA
DE/FROM: QUITO
A/TO: GUAYAQUIL
ASIENTO/SEAT: **23D**
EQUIP/BAGT:

REFERENCIA: 115

tame

ETKT2699323300098C2
FECHA/DATE: 02JUL

VUELO/FLIGHT **0177**

PEREZ/MARGARITA
DE/FROM: GUAYAQUIL
A/TO: CUENCA
ASIENTO/SEAT: **3D**
EQUIP/BAGT:

REFERENCIA: 7

tame

Boarding pass
Pase a bordo

2699323300098C1 0006200

Passenger Name/Nombre del pasajero

PEREZ/MARGARITA

From/Desde To/Hacia Flight Number/Vuelo N°

CUE UIO EQ174

Class/Clase Date/Fecha Departure Time/Hora de Salida

K 03JUL 2015

Boarding Time/Hora de Embarque Gate/Puerta Seat/Asiento

1945 9999 SE

Pieces/Maletas Weight/Peso Reference No/Referencia

0 0 34

BOARDING PASS COPY

