

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

VERSIÓN

002

TRAZABILIDAD



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

INDOT-THU-2015-047

20/05/2015

DATOS GENERALES

CEDULA: 1707422075

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

PUESTO QUE OCUPA:

MARIANA DE JESUS CALAHORRANO CHAMBA

DIRECTORA TECNICA BANCO DE TEJIDOS Y CELULAS

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

AMBATO-TUNGURAHUA

DIRECCIÓN GENERAL TECNICA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

LCDA. MARIANA CALAHORRANO

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

OBJETIVO

VISITA A LA CLINICA ALCIVAR PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN PARA IMPLANTE DE TEJIDO OSEO

- 1.- Se llega a Ambato a las 08:30 am
- 2.- Se acude al área de Oftalmología del Hospital Docente de Ambato, para contactar a la Dra. Miryam Chasipanta, con quién se organizó la charla.
- 3.- Se realiza un reunión previa con la Dra. Chasipanta para exponer las actividades del BANTEC y el objetivo de la visita que es el de coordinar y asegurar el envío, almacenamiento y distribución de membrana amniótica
- 4.- Se inicia la charla a las 10:00 en el auditorio del Hospital
- 5.- En la charla asisieron médicos oftalmólogos, el Jefe de Neurocirugía, el Jefe de Traumatología, la comunicadora social.
- 6.- Se expuso temas como: donación de tejidos, requisitos, solicitud de tejidos, formularios, distribución de tejidos, envío, transporte y cadena de frío.
- 7.- Hubo 2 preguntas que solicitaron se les contestara: 1) Si es posible utilizar luego de procesar las prótesis de aquellos pacientes que fallecen ya que es un costo elevado para el país (entre 3.000 a 5.000) 2) Si se puede utilizar la membrana amniótica en duramadre para poder cubrir espacios que quedan luego de una cirugía.
- 8.- Están muy prestos para colaborar en este proceso de la promoción y ablación de tejidos.
- 9.- Dra. Chasipanta está interesada en acreditarse como ablacionadora de córneas. Se le indicó que estamos en el proceso de la acreditación del primer grupo y que vamos a planificar un segundo curso al cual puede inscribirse.
10. Se coordinó el proceso de pedido y envío de las membranas amnióticas.
- 11.- Se visitó el Servicio de Medicina Transfusional del Hospital para organizar y verificar el almacenamiento del tejido, hasta que la Dra. Chasipanta utilice.
- 12.- El tejido va a ser almacenado en el congelador del Servicio de Medicina Transfusional
13. El pedido lo harán desde la próxima semana.
14. Se finaliza la visita a las 13:30
- 15.- Se regresa a Quito a las 14:00, llegando a las 17:00

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA	15/05/2015	15/05/2015	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.
dd/mm/aa			
HORA	5:00	8:30	
hh:mm			

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		QUITO-AMBATO	15/05/2015	5:00	15/05/2015	8:30
TERRESTRE		AMBATO-QUITO	15/05/2015	14:00	15/05/2015	17:00

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

Mariana Calahorrano

Quintero

NOMBRE: MARIANA DE JESUS CALAHORRANO CHAMBA		NOMBRE: DRA. VERONICA JEREZ			
FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO		FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO			
NOMBRE: ING. DENISSE QUELAL		NOMBRE: Resolución Delegación 001-2015			
ANEXO 2					
¿ASISTIÓ A LAS OFICINAS DEL INDOT?		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

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	