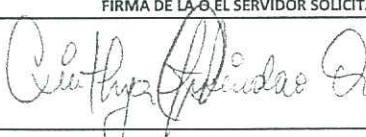
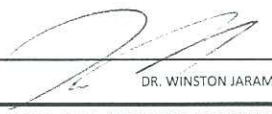
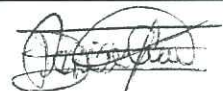
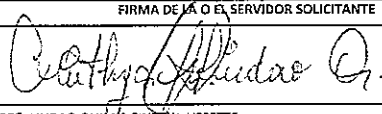
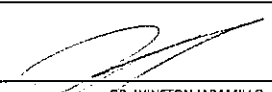
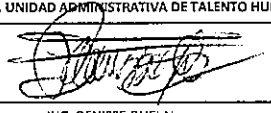
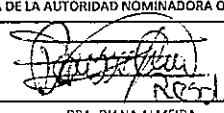
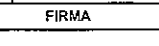
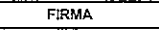


 Ministerio de Salud Pública Ministerio de Salud Pública		SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			
VERSIÓN		002		TRAZABILIDAD	
 Ministerio de Relaciones Laborales					
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES					
Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES				11/02/2015	
INDOT - THU - 2015 - 014					
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)	
12/02/2015	9:45		12/02/2015	20:50	
SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:					
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:					
TRASLADO DE CELULAS MADRE PARA TRASPLANTE DE MEDULA OSEA					
ACTIVIDAD DE OFICINA EN INDOT QUITO, HASTA EL TÉRMINO DE LA JORNADA LABORAL					
TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO					
TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA
(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)			FECHA	HORA	FECHA
			dd-mmm-aaaa	hh:mm	dd-mmm-aaaa
AEREO	TAME	GUAYAQUIL - QUITO	12/02/2015	9:45	12/02/2015
AEREO	TAME	QUITO - GUAYAQUIL	12/02/2015	20:00	12/02/2015
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		
					
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 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

23-02-2015

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO
 23-02-15
 8:10

Ministerio de Salud Pública Instituto de Salud Pública		INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			
VERSIÓN		002		TRAZABILIDAD	
 Ministerio de Relaciones Laborales					
INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES					
Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES				13/02/2015	
INDOT-THU-2015-014					
DATOS GENERALES					
CEDULA: 0926112640					
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR				PUESTO QUE OCUPA:	
LINDAO QUIMIS CINTHYA LISSETTE				SECRETARÍA ZONAL 2	
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL				NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR	
PICHINCHA - QUITO				COORDINACIÓN 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 dirigi hacia Solca llegando aproximadamente a las 07:50, de manera inmediata me acerco a la area de Hemobilología, lugar de donde retiro las células madre; posterior al retiro y constatación de las muestras me traslado en vehículo 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 Guerron, quien despues tomó la responsabilidad del traslado de las celulas hasta el Hospital Metropolitano y entregarlas personalmente a la Leda. Carmen Vasconez. (actividad que se realizo sin inconvenientes). Mientras mi estadía en Quito, aproveché para realizar actividad de oficina, tales como: revision de saldo de vacaciones con Carolina Vergara, revision y emision de los certificados faltantes del CIDTE con Jahel Espinosa, entrega de documentos a Maira Aguirre, entre otras actividades. 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.					
ITINERARIO		SALIDA		LLEGADA	
FECHA dd-mm-aaa		12/02/2015		12/02/2015	
HORA hh:mm		9:45		20:50	
NOTA: 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.					
TRANSPORTE UTILIZADO					
TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA		SALIDA	
(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)				FECHA	HORA
				dd-mm-aaaa	hh:mm
AEREO	TAME	GUAYAQUIL - QUITO		12/02/2015	9:45
AEREO	TAME	QUITO - GUAYAQUIL		12/02/2015	20:00
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		
					
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
QUITO	PICHINCHA	12/02/2015	9:45	12/02/2015	20:00
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CARGO DEL RESPONSABLE		FIRMA	
ING. DENISSE QUELAL		DIRECTORA DE TALENTO HUMANO			
LUGAR DE LA LICENCIA		INICIO DE LA LICENCIA		FIN DE LA LICENCIA	
PROVINCIA	CIUDAD	FECHA	HORA	FECHA	HORA
QUITO	PICHINCHA	12/02/2015	9:45	12/02/2015	20:00
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CARGO DEL RESPONSABLE		FIRMA	
MAIRA AGUIRRE		SECRETARIA EJECUTIVA			
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 (Usar 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