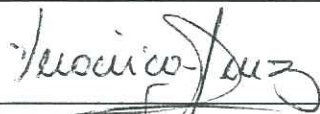


 Ministerio de Salud Pública Entidad Reguladora del Estado - ERE de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM)		SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			
VERSIÓN		002		TRAZABILIDAD	
 Ministerio de Relaciones Laborales					
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES					
Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			FECHA DE SOLICITUD (dd-mmm-aaaa)		
INDOT-THU-2015-016			27/01/15		
VIÁTICOS	X	MOVILIZACIONES	X	SUBSISTENCIAS	X
				ALIMENTACIÓN	X
DATOS GENERALES					
CEDULA:			922071675		
APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR			PUESTO QUE OCUPA:		
JARAMILLO CANAS WINSTON EDUARDO			COORDINADOR ZONAL 2		
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVIDOR INSTITUCIONAL			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR		
PICHINCHA-QUITO			INDOT ZONAL 2		
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)		FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)	
28/01/15	6:00		28/01/15	7:00	
29/01/15	19:00		29/01/15	20:00	
SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:					
DR. WINSTON JARAMILLO CANAS					
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:					
CAPACITACION DE ASIGNACION RENAL PARA PACIENTES RENALES EN LISTA DE ESPERA					
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	GYE-UIO	28/01/15	6:00	28/01/15
AEREO	TAME	UIO-GYE	29/01/15	19:00	29/01/15
DATOS PARA TRANSFERENCIA					
NOMBRE DEL BANCO: DE GUAYAQUIL		TIPO DE CUENTA: AHORROS		No. DE CUENTA: 1107288	
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE			JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE		
					
NOMBRE: JARAMILLO CANAS WINSTON EDUARDO			NOMBRE: DRA. VERÓNICA JEREZ		
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.					

