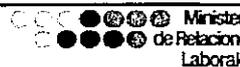
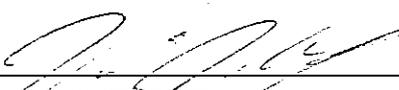
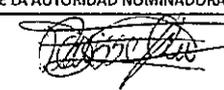
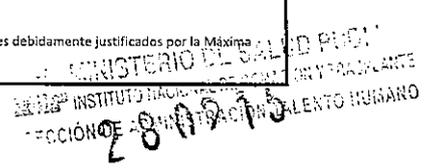


		SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES				
		VERSIÓN	002	TRAZABILIDAD		
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES						
Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			FECHA DE SOLICITUD (dd-mmm-aaaa)			
INDOT-THU-2015-014			10x/02/2015			
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 SERVICIO INSTITUCIONAL			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR			
AZUAY-CUENCA			INDOT ZONAL 2			
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)		FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)		
11/02/15	6:00		11/02/15	7:00		
12/02/15	19:00		12/02/15	20:00		
SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:						
DR. WINSTON JARAMILLO CANAS						
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:						
CAPACITACION TALLER DE METAS Y OBJETIVOS EN EL XI TALLER DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA EN EL ESTABLECIMIENTO DE METAS 2015						
REALIZADO EN LA CIUDAD DE CUENCA						
TRANSPORTE PREVISTO Y/O UTILIZADO						
TIPO DE TRANSPORTE <small>(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)</small>	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA <small>dd-mmm-aaaa</small>	HORA <small>hh:mm</small>	FECHA <small>dd-mmm-aaaa</small>	HORA <small>hh:mm</small>
AEREO	TAME	GYE-CUE	11/02/15	6:00	11/02/15	7:00
AEREO	TAME	CUE-GYE	12/02/15	19:00	12/02/15	20:00
DATOS PARA TRANSFERENCIA						
NOMBRE DEL BANCO: DE GUAYAQUIL		TIPO DE CUENTA: AHORROS		No. DE CUENTA: 11072288		
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE			JEFE INMEDIATO DE LA UNIDAD SOLICITANTE			
						
NOMBRE: JARAMILLO CANAS WINSTON EDUARDO			NOMBRE: DRA. VERONICA JEREZ			
FIRMA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO			FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO			
						
NOMBRE: ING. DENISSE QUELAL			NOMBRE: DRA. DIANA ALMEIDA <i>Resolución Delegación 001-2015</i>			
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	
					VALOR TOTAL A RECIBIR	
NOMBRE RESPONSABLE DEL CÁLCULO:				FIRMA:		
<p>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.</p> <p>De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubsistentes</p> <p>El informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional</p> <p>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.</p>						


 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS INSTITUCIONALES Y TALENTO HUMANO
 REGION DE AZUAY
 280010

