

**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-2015-039

06/05/2015

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

QUITO-PICHINCHA

DIRECCIÓN GENERAL TECNICA

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

DRA.XIMENA ABARCA, DR.DANILO ERAZO (H.MILITAR), 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.- El vuelo se retrasa y se llega a Guayaquil a las 9:30 am.
- 2.- Se acude a la Clínica Alcívar para realizar la visita de auditoría.
- 3.- Se realiza un reunión previa con los Directivos de la Clínica Alcívar, en la cual la Dra. Abarca indica el proceso de acreditación y la modalidad de como se va a llevar a cabo.
- 4.- Se revisa la documentación respectiva
- 5.- Se revisa la documentación presentada y se emite las observaciones a ciertos requisitos faltantes.
- 6.- Se realiza la inspección visual de las áreas de la clínica en base a lo solicitado en el Manual de Acreditación.
- 7.- No se termina el proceso de revisión.
- 8.- Dra. Abarca informa a los directivos que no se ha concluido la revisión de las áreas físicas y del resto de documentación, por lo que sugiere se fije una nueva fecha para terminar con el proceso.
- 9.- Se contesta a todas las inquietudes presentadas por los directivos de la Clínica.
10. Se informa que no se les está acreditando el Banco de Huesos, sino el proceso de Implante de Hueso, por lo que los procedimientos y toda la documentación debe estar relacionada con la solicitud.
- 11.- Se les indica que para que funcione el Banco de Huesos, debe pasar primero por el proceso de Licenciamiento, que está a cargo del MSP. Luego obtenido este permiso el INDOT realizará la Acreditación.
- 12.- Adicionalmente se les solicita que inicien el proceso de donación al BANTEC, de TOAT, que obtienen de las cirugías, a lo que manifiestan que se debe formalizar.
13. SE solicita a la zonal 2 que organice la fecha de la charla a los médicos traumatólogos de la clínica para poder indicarles el proceso de la donación y procuración de tejidos.
14. Se finaliza la reunión en la Clínica Alcívar a las 16:00
- 15.- Nos trasladamos a las oficinas de la zonal 2 para una reunión con el Dr. Vasco, Presidente de la Sociedad Nacional de Traumatología, en la que la Dra. Abarca le pone en antecedentes y le solicita se analice el proceso de certificación de los profesionales traumatólogos que tienen experiencia en implante. EL Dr. Vasco manifiesta que no hay problema en organizar esta capacitación, lo va a planificar y comunicará al INDOT zonal 2, para trabajar en conjunto.
- 16.- Se termina la reunión a las 18:15
- 17.- Nos dirigimos al aeropuerto para el regreso a Quito, pero se retraso el vuelo.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA	30/04/2015	30/04/2015	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.
30/04/2015			
HORA hh:mm	7:50	20:30	

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
AÉREO	TAME	QUITO-GUAYAQUIL	30/04/2015	7:50	30/04/2015	9:30
AÉREO	TAME	GUAYAQUIL-QUITO	30/04/2015	7:50	30/04/2015	20:30

NOTA: En caso de movilización, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos; así como también las facturas de servicios utilizados (pagueados o no).

DE SALUD PÚBLICA
 RECEBIDO EN EL SERVICIO DE TRASPLANTE
 RECIBIDO
 Recibido: 08-05-2015
 15:41

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: MARIANA DE JESUS CALA HERRANO 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 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
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