

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES : SRP-008/19 FECHA DE SOLICITUD: 28/10/2019

VIÁTICOS	MOVILIZACIONES	SUBSISTENCIAS	X	ALIMENTACIÓN
----------	----------------	---------------	---	--------------

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: AB. JAIME JOSÉ CEVALLOS ÁLVAREZ		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR SUBDIRECCIÓN DE PATROCINIO Y DERECHOS HUMANOS	
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL PICHINCHA - QUITO		FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	
FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)
29/10/2019	08H30	29/10/2019	18H00

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES: AB. JAIME CEVALLOS ÁLVAREZ, AB. JAUN ENMANUEL IZQUIERDO INTRIAGO Mgs, Y SR. MANUEL BRAVO VÉLEZ

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:

Reunión de trabajo en la matriz del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito, con la participación del Programa Nacional de Sangre, la Dirección Nacional de Medicamentos, la Coordinación General de Asesoría Jurídica, a fin de conocer los antecedentes y la estructura del informe técnico, para que el mismo sea considerado como el principal insumo para solicitar la revocatoria de la medida cautelar antes señalada.

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA Hh:mm
AÉREO	AVIANCA	GYE – QUITO – GYE	29/10/2019	08H30	29/10/2019	18H00

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO:	TIPO DE CUENTA:	No. DE CUENTA:
-------------------	-----------------	----------------

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE
NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR: AB. JAIME JOSÉ CEVALLOS ÁLVAREZ	NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: AB. JUAN ENMANUEL IZQUIERDO INTRIAGO Mgs.

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO	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 autorice.
	<ul style="list-style-type: none"> 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
AB. JUAN ENMANUEL IZQUIERDO INTRIAGO Mgs. DIRECTOR REGIONAL 1 PROCURADURÍA GENERAL DEL ESTADO	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.

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: SRP-008/2019

FECHA DE INFORME : 31/10/2019

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:
JAIME JOSÉ CEVALLOS ÁLVAREZ

PUESTO QUE OCUPA:
SUBDIRECTOR DE PATROCINIO Y DERECHOS HUMANOS

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL
QUITO – PICHINCHA

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE:
PATROCINIO

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: AB. JAIME JOSÉ CEVALLOS ÁLVAREZ

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ACTIVIDADES REALIZADAS DETALLAR: Reunión de trabajo en la matriz del Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Quito, con la participación del Programa Nacional de Sangre, la Dirección Nacional de Medicamentos, la Coordinación General de Asesoría Jurídica, a fin de conocer los antecedentes y la estructura del informe técnico, para que el mismo sea considerado como el principal insumo para solicitar la revocatoria de la medida cautelar antes señalada.

FECHA Dd/mm/hh		SALIDA	LLEGADA	NOTA
		29/10/2019	29/10/2019	
HORA	hh:mm	06H00	18H00	

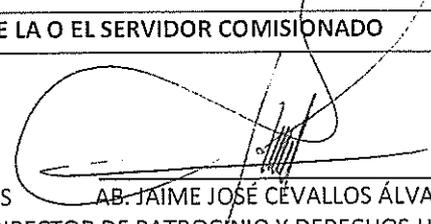
TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
AÉREO	AVIANCA	GUAYAQUIL-QUITO – GUAYAQUIL	29/10/2019	06H00	29/10/2019	18H00

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

OBSERVACIONES

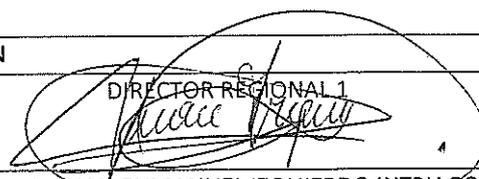
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO


NOMBRES AB. JAIME JOSÉ CEVALLOS ÁLVAREZ
SUBDIRECTOR DE PATROCINIO Y DERECHOS HUMANOS
Autorizo el descuento de valores no justificados en la liquidación de viáticos y subsistencias.

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

FIRMAS DE APROBACIÓN


DIRECTOR REGIONAL 1
NOMBRE: AB. JUAN ENMANUEL IZQUIERDO INTRIAGO

A STAR ALLIANCE MEMBER
Avianca

PASE DE ABORDAR/BOARDING PASS

VUELO/FLIGHT **AV1621** EN SALA/AT GATE **05:20** PUERTA/GATE **1** ASIENTO/SEAT **10C**

EN SALA/
AT GATE **05:20** ASIENTO/
SEAT **10C** CABINA/
CABIN **Y**



NOMBRE/NAME **CEVALLOS ALVAREZ/JAIME**
AV*S 13436882163 S

**CEVALLOS ALVAREZ/
JAIME**
AV*S 13436882163 S
AV1621 29OCT

ORIGEN/FROM **GUAYAQUIL/GYE**
DESTINO/TO **QUITO/UIO**
SALIDA/DEPARTURE **06:00**

FECHA/DATE **29OCT**
RESERVA/BOOKING **B**
CABINA/CABIN **Y**

TKT5475526399477

LA SALA DE ABORDAJE CIERRA
BOARDING GATE CLOSES
15 **min** **!**
Antes de la salida del vuelo
Before departure

SECUENCIA/SEQUENCE **118**
AGENT ID **16000E**

GUAYAQUIL/GYE
QUITO/UIO

GRUPO/GROUP

C

MFRBG8
TKT5475526399477

OPERADO POR/OPERATED BY **AVIANCA ECUADOR S.A.**

A STAR ALLIANCE MEMBER
Avianca

PASE DE ABORDAR/BOARDING PASS

VUELO/FLIGHT **AV1670** EN SALA/AT GATE **17:35** PUERTA/GATE ASIENTO/SEAT **27C**

EN SALA/
AT GATE **17:35** ASIENTO/
SEAT **27C** CABINA/
CABIN **Y**



NOMBRE/NAME **CEVALLOS ALVAREZ/JAIME**
AV*S 13436882163 S

**CEVALLOS ALVAREZ/
JAIME**
AV*S 13436882163 S
AV1670 29OCT

ORIGEN/FROM **QUITO/UIO**
DESTINO/TO **GUAYAQUIL/GYE**
SALIDA/DEPARTURE **18:30**

FECHA/DATE **29OCT**
RESERVA/BOOKING **Q**
CABINA/CABIN **Y**

TKT5475526399477

LA SALA DE ABORDAJE CIERRA
BOARDING GATE CLOSES
15 **min** **!**
Antes de la salida del vuelo
Before departure

SECUENCIA/SEQUENCE **44**
AGENT ID **16000E**

QUITO/UIO
GUAYAQUIL/GYE

GRUPO/GROUP

C

MFRBG8
TKT5475526399477

OPERADO POR/OPERATED BY **AVIANCA ECUADOR S.A.**