

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nros. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: <b>04-PC-DMCAJL-2019</b>		FECHA DE SOLICITUD (dd-mm-aaaa) <b>28/10/2019</b>	
VIATICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	MOVILIZACIONES	
		SUBSISTENCIAS	
		ALIMENTACIÓN	

### DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: <b>CISNEROS VEGA PABLO ANTONIO</b>		PUESTO QUE OCUPA: <b>MEDICO ESPECIALISTA SP - 12</b>	
CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: <b>CEAR-CARPUELA/IBARRA - IMBABURA</b>		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: <b>DIRECCION DE MEDICINA CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO</b>	
FECHA SALIDA (dd-mm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)
<b>28/10/2019</b>	<b>08H00</b>	<b>29/10/2019</b>	<b>17H00</b>

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:  
**DR. PABLO CISNEROS**

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:  
DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO PARA REALIZAR SEGUIMIENTO MEDICO DE ESPECIALIDAD (TRAUMATOLOGÍA) A LOS SRES. ATLETAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL DE ALTO RENDIMIENTO QUE ESTAN CONCENTRADOS EN CEAR CARPUELA PARA LOS JUEGOS PARAPARAMERICANOS LIMA 2019.

### TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE <small>(Aéreo, terrestre, marítimo, otros)</small>	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA <small>dd-mm-aaaa</small>	HORA <small>hh:mm</small>	FECHA <small>dd-mm-aaaa</small>	HORA <small>hh:mm</small>
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	QUITO-CARPUELA/IBARRA	28/10/2019	08400	28/10/2019	10H30
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	CARPUELA/IBARRA-QUITO	29/10/2019	13H30	29/10/2019	17H00

### DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: <b>PACIFICO</b>	TIPO DE CUENTA: <b>CORRIENTE</b>	Nº. DE CUENTA: <b>6741762</b>
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

<p style="text-align: center;"><b>FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE</b></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;"><small>NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR</small> <b>DR. PABLO CISNEROS VEGA, MEDICO ESPECIALISTA SP - 12</b> <small>C.I. 1706560321</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE</b></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;"><small>NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE</small> <b>MGS. ELIDA MARIA HIDALGO SUÑÁN</b> <small>DIRECTORA DE MEDICINA CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO</b></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;"><small>NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO</small> <b>ABJ. EDUARDO GONZALEZ</b> <small>SUBSECRETARIO DE DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO</small></p>	<p><small>NOTA: Esta solicitud deberá ser presentada para su Autorización con por lo menos 77 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales; salvo el caso de que por necesidades institucionales la Autoridad Nominadora autorice:</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la Solicitud como la autorización quedará ineficaces.</li> <li>• El informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días a cumplido el servicio institucional.</li> </ul> <p><small>Esta prohibe conceder servicios institucionales, fuesen las que se deschen obligatorias, sin excepción de las Máximas Autoridades o de casos excepcionales o Autorización justificadas por la Máxima Autoridad o su delegado.</small></p>



Memorando Nro. SD-DMCA-2019-0525

Quito, D.M., 24 de octubre de 2019

**PARA:** Dr. Pablo Cisneros Vega  
**Médico Especialista en Traumatología -SP12**

**ASUNTO:** DESIGNACIÓN PARA EVALUACIÓN MÉDICA TRAUMATOLÓGICA  
EN CEAR CARPUELA

De mi consideración:

Mediante el presente informo a ustedes que la Dirección de Medicina Ciencias Aplicadas y Juego Limpio, con la finalidad de realizar una evaluación médica traumatológica a los deportistas de Taekwondo, ha designado al : Dr. Pablo Cisneros para que se desplace al CEAR Carpuela de acuerdo al siguiente itinerario:

Salida  
Lunes 28 de octubre de 2019 -- 08:00 AM

Retorno  
Martes 29 de octubre de 2019 -- 17:00 PM

Cabe indicar que los gastos que se genere, serán cubiertos con la Certificación Presupuestaria de viáticos de la Dirección de Medicina, Ciencias Aplicadas y Juego Limpio.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Mgs. Élide Hidalgo Gualán  
**DIRECTORA DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO**

Copiar:

Sr. Ing. Andres Vicente Dominguez Ojeda  
**Director de Administración del Talento Humano**

Sr. Abg. Eduardo Alonso González Restrepo  
**Subsecretario de Deporte de Alto Rendimiento**

PP



**INFORME DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

NRO. INFORME DE AUTORIZACION PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES.  
04-PC-DMCAJL-2019

FECHA INFORME (dd-mmm-aaaa)

30/10/2019

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:  
CISNEROS VEGA PABLO ANTONIO

PUESTO QUE OCUPA:  
MEDICO ESPECIALISTA SP-12

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL:  
CARPUELA - IMBABURA

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR:  
DIRECCIÓN DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

**DR. PABLO CISNEROS**

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

**Lunes 28 de Octubre:**

- 1.- 07:30 Salida de Quito.
- 2.- 10:30 Llegada a CEAR- Carpuela .
- 3.- 10:30 Entrevista con Dr. Pablo Virgili
- 4.- 11:30 – 17:00 Chequeo médico a cada uno de los atletas seleccionados de TKD que participaran en el Campeonato Sudamericano a realizarse en Bolivia

**Martes 29 de Octubre:**

- 5.- 08:30 Reunión con los Sres. Entrenadores.
- 6.-Atencion a Deportistas durante entrenamiento deportivo regular
- 7.- 13:30 Salida de Carpuela.
- 8.- 16:30 Llegada a Quito

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA (dd-mmm-aaaa)	28/10/2019	29/10/2019	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.
HORA (hh:mm)	07H30	16H30	

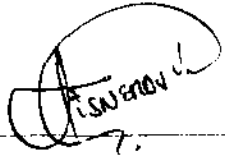
**TRANSPORTE**

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
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	QUITO-CARPUELA	28/10/2019	07H30	28/10/2019	10H30
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	CARPUELA-QUITO	29/10/2019	13H30	29/10/2019	16H30

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**



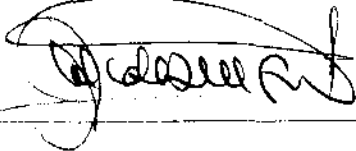
NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR  
DR. PABLO CISNEROS VEGA, MÉDICO ESPECIALISTA SP - 12  
C.I. 17 05560321

**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.

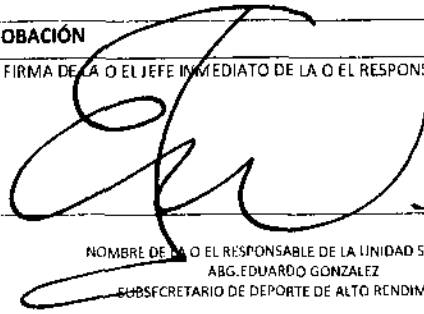
**FIRMAS DE APROBACIÓN**

**FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO**



NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO  
MGS. ÉLIDA MARÍA HIDALGO GUALÁN  
DIRECTORA DE MEDICINA CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO

**FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD**



NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE  
ABG. EDUARDO GONZALEZ  
SUBSECRETARIO DE DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO