

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: **01-SR-DMCA-2019** FECHA DE SOLICITUD (dd-mmm-aaaa) **13/03/2019**

VIATICOS	<input checked="" type="checkbox"/>	MOVILIZACIONES		SUBSISTENCIAS		ALIMENTACIÓN	
----------	-------------------------------------	----------------	--	---------------	--	--------------	--

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: **SANTAMARIA ROBLES EDMUNDO RUBEN** PUESTO QUE OCUPA: **SERVIDOR PUBLICO 12**

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVIDOR INSTITUCIONAL: **RIO VERDE-ESMERALDAS** NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR: **DIRECCION DE MEDICINA DEL DEPORTE Y JUEGO LIMPIO**

FECHA SALIDA (dd-mmm-aaaa)	HORA SALIDA (hh:mm)	FECHA LLEGADA (dd-mmm-aaaa)	HORA LLEGADA (hh:mm)
14/03/2019	08H00	16-03-2019	15H00

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:
DR. RUBEN SANTAMARIA R. DRA YOLANDA PROAÑO. DR. FERNANDO AGUINAGA

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE:

TOMA DE MUESTRAS DE ORINA (25) A DEPORTISTAS PARALIMPICOS

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-ESMERALDÁS	14-03-2019	08H00	14-03-2019	15H00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	ESMERALDAS-QUITO	16-03-2019	08H00	16-03-2019	15H00

DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO: **PICHINCHA** TIPO DE CUENTA: **CORRIENTE** No. DE CUENTA: **3047088304**

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE	FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE

NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR: **DR. RUBEN SANTAMARIA ROBLES**
C.I.:1704402559 NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE: **MGS. ELIDA HIDALGO GUALAN**

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO: **ABG. EDUARDO GONZALEZ RESTREPO**
SUBSECRETARIO DE DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO

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.

- 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.

DIRECCIÓN FINANCIERA MINISTERIO DEL DEPORTE

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

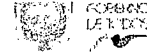
21 MAR. 2019 HORA: **14 hscf**

ANEXOS: **1**

NOMBRE: **Verónica**

RECIBIDO POR





Memorando Nro. SD-DMCA-2019-0120

Quito, D.M., 10 de marzo de 2019

PARA: Dra. Yolanda Proaño Apolo
Médico Especialista en Dermatología-SP12

Dr. Edmundo Rubén Santamaría Robles
Médico Especialista en Deportología -SP12

Dr. Fernando Aguinaga Andrade
Médico General-SP9

ASUNTO: Desiganción Oficiales de Control Antidopaje.

De mi consideración:

En atención al memorando Nro. SD-DDPD-2019-0168 de 08 de marzo de 2019, de la Lcda. Valeria Maldonado Directora de Deporte para las Personas con Discapacidad, mediante el cual informó "(...)En virtud de que los deportistas con Discapacidad que integran el Plan de Alto Rendimiento se concentrarán en el CEAR de RÍOVERDE del 14 al 17 de marzo de 2019; solicito a usted de la manera más cordial autorice el desplazamiento del personal especializado...)".

Al respecto me permito informar que la Dirección de Medicina, Ciencias Aplicadas y Juego Limpio designo a ustedes señores Oficiales de Control Antidopaje para ejecutar del proceso de 25 toma de muestra en el concentrado antes descrito; por tal motivo se autoriza el desplazamiento para el día 14 de marzo con retorno el 16 de marzo del presente año, a los siguientes funcionarios:

- Dra. Yolanda Proaño A. OCD
- Dr. Rubén Santamaría R. Líder del Proceso
- Dr. Fernando Aguinaga A. OCD

Por lo tanto me permito informar que el desplazamiento estará bajo la certificación de viáticos de la Dirección a mi cargo, y; la movilización se gestionara con la Dirección Administrativa.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Élide Hidalgo Gualán

DIRECTORA DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO

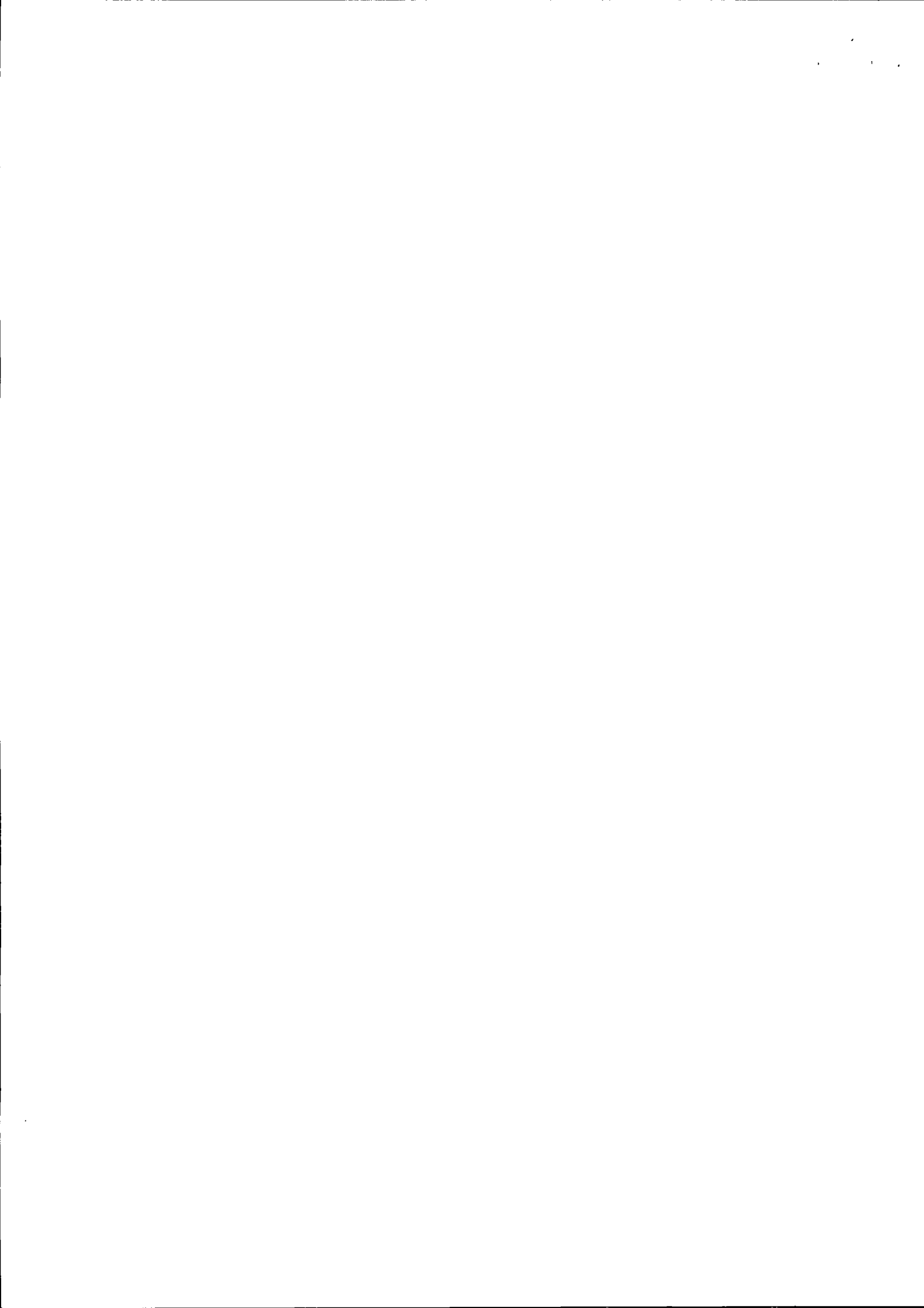
Copia:

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

Lcda. Valeria Maldonado Valencia
Directora de Deporte Para Personas con Discapacidad

Sr. Ing. Alvaro Eddie Castillo Gomez
Director Administrativo

DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE		MINISTERIO DEL DEPORTE	
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS			
13 MAR 2018		HORA: 10:38	
ANEXOS: <i>ela</i>			
		<i>Valeria</i>	
		RECIBIDO POR	



CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

Institución:	SECRETARIA DEL DEPORTE	NO. CERTIFICACION	FECHA DE ELABORACION		
Unid. Ejecutora:	SECRETARIA DEL DEPORTE - PLANTA CENTRAL	73	23	01	19
Unid. Desc:					

TIPO DE DOCUMENTO RESPALDO	CLASE DE DOCUMENTO RESPALDO
COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS	COMPROMISO NORMAL OTROS GASTOS


CLASE DE REGISTRO	COM	CLASE DE GASTO	OGA
-------------------	-----	----------------	-----

CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

PG	SP	PY	ACT	ITEM	UBG	FTE	ORG	N. Prest	DESCRIPCION	MONTO
01	00	000	001	530303	1701	001	0000	0000	Viaticos y Subsistencias en el Interior	\$101,500.00
TOTAL PRESUPUESTARIO										\$101,500.00
TOTAL										

SON: CIENTO UN MIL QUINIENTOS DOLARES

DESCRIPCION:
 En referencia al memorando No. SD-DPI-2019-0070, certifico la disponibilidad presupuestaria para el pago de Viaticos y Subsistencias al Interior para los funcionarios y servidores de la Institucion para el ejercicio fiscal 2019.

DATOS APROBACION		
ESTADO	REGISTRADO	APROBADO:
APROBADO		
FECHA: 23/01/2019	Funcionario Responsable	Director Financiero



ORDEN DE MOVILIZACIÓN
(Fuera de la jornada ordinaria de trabajo, en días feriados
y/o fines de semana o que implique el pago de viáticos)

No. 2984

1. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD

Institución SECRETARIA DEL DEPORTE

RUC 1760006350001

2. DATOS DE EMISIÓN DE LA ORDEN

Ciudad QUITO

Fecha de Vigencia Desde 2019-03-11 Hora 06:00 Hasta 2019-03-13 Hora 20:00

Motivo TRASLADO Y MOVILIZACION DE LOS FUNCIONARIOS JUAN FERNANDO CARDENAS DE LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE INSTALACIONES DEPORTIVAS, Y NADYA SILVA DE LA DIRECCION DE ASESORIA JURIDICA PARA INSPECCION TECNICA Y SUSCRIPCION DE NEREGA EN COMODATO DEL COMPLEJO DEPORTIVO LEONIDAS PROANO AL GOBIERNO MUNICIPAL DE MORONA.

No. Ocupantes 3

AUTORIZACIÓN

Fecha 2019-03-08 No. Comunicación SD-DAJD-2019-0424/SD-DAJ-2019-0150

Lugar Origen QUITO

Lugar Destino MORONA SANTIAGO - MACAS

Kilometraje Inicio Kilometraje Fin

3. DATOS DEL CONDUCTOR / A

Nombres QUINCHIGUANGO VELASCO MILTON HUBERTO Cargo CONDUCTOR

Número de Cédula / Pasaporte 1710722263 Tipo de Licencia E

4. CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO

Número de Placa PE17010 Marca / Modelo CHEVROLET

Color BLANCO Número Matricula A1860051

5. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres SRA. IRENE ANDRADE AVILES - DRA. CARLA VERONICA JIMENEZ GONZALEZ Cargo DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE INSTALACIONES DEPORTIVAS - DIRECTORA DE ASESORIA JURIDICA

Realizado Por ARANDA GUEVARA SEGUNDO ENRIQUE

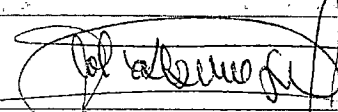
Fecha de Emisión 2019-03-08 17:41

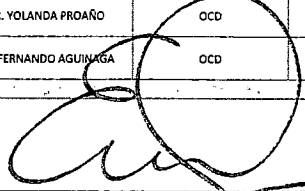


CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE MEDICINA CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO

MES: MARZO

No	DIRECCIÓN	FECHA DE SALIDA	FECHA DE REGRESO	ACTIVIDAD	JUSTIFICACION	TIPO DE EVENTO	DEPORTE	PROFESIONAL	CARGO/FUNCIÓN	CIUDAD DE SALIDA	CIUDAD DE DESTINO	N° NOCHES	VALOR/DIA (VIÁTICO)	SUBTOTAL (VIÁTICOS)	VALOR/TICKETE AÉREO (PASAJES)	TOTAL
1	DIRECCIÓN DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO	14/03/2019	16/03/2019	TOMA DE MUESTRAS PARA EL CONTROL ANTIDOPAJE PARALÍMPICO Y SORDOLÍMPICO	SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL DOPAJE A LOS DEPORTISTAS PARALÍMPICO Y SORDOLÍMPICO MEDIANTE DE LA TOMA DE MUESTRAS DE ORINA FUERA DE COMPETENCIA CON LA FINALIDAD DE PRECAUTELAR EL ESPÍRITU DEL JUEGO LIMPIO.	NACIONAL	VARIOS	DR. RUBEN SANTAMARIA	OCD	QUITO	RIO VERDE	2	\$ 80,00	\$ 160,00	\$ 0,00	\$ 160,00
						NACIONAL	VARIOS	DR. YOLANDA PROAÑO	OCD	QUITO	RIO VERDE	2	\$ 80,00	\$ 160,00	\$ 0,00	\$ 160,00
						NACIONAL	VARIOS	DR. FERNANDO AGUILERA	OCD	QUITO	RIO VERDE	2	\$ 80,00	\$ 160,00	\$ 0,00	\$ 160,00
TOTAL														\$ 480,00	\$ 0,00	\$ 480,00


NOMBRE: ELIDA HIDALGO
DIRECTORA DE MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO


NOMBRE: EDUARDO GONZALEZ
SUBSECRETARIO DE DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO





SECRETARÍA
DEL DEPORTE

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. INFORME DE AUTORIZACIÓN
01-SR-DMCA-2019

FECHA DE INFORME

18 de MARZO del 2019

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR
SANTAMARIA ROBLES EDMUNDO RUBEN

PUESTO QUE OCUPA:

SERVIDOR PUBLICO 12

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL
RIO VERDE - ESMERALDAS

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE CIENCIAS
APLICADAS Y JUEGO LIMPIO

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: DRA. YOLANDA PROAÑO, DR. RUBEN SANTAMARIA, DR. FERNANDO AGUINAGA,.

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

TOMA DE MUESTRAS PARA CONTROL AL DOPAJE, FUERA DE COMPETENCIA, EN LA CIUDAD DE RIO VERDE. (CONCENTRADO DE DEPORTISTAS PARALIMPICOS)

JUEVES 14 DE MARZO DEL 2019

1. 08h00-Salida de la ciudad de Quito en transporte Institucional a la ciudad de Rio Verde a realizar tomas de muestras para Control al Dopaje, fuera de competencia.
2. 15h00: Llegada a la Ciudad de Esmeraldas, traslado al CEAR de Rio Verde.
3. 16h:00: Llegada a Rio Verde, reconocimiento y adecuación del área para iniciar el proceso de toma de muestras, acorde a lo dispuesto por la Organización, procediendo a tomar 3 muestras para Control Antidopaje.
4. 20h00 Fin de toma de muestras, traslado a la ciudad de Esmeraldas.
5. 21h00: Se termina el proceso, observando la cadena de custodia se procede a guardar las muestras en refrigeración.
6. Fin de la jornada.

VIERNES 15 DE MARZO DEL 2019

7. 08h00: Traslado al CEAR de Rio Verde.
8. 09h00: Llegada a Rio Verde, reconocimiento y adecuación del área para iniciar el proceso de toma de muestras acorde a lo dispuesto por la Organización procediendo a tomar 20 muestras para Control Antidopaje.
9. 19h00: Fin de toma de muestras, traslado a la ciudad de Esmeraldas.
10. 20h00: Se termina el proceso, observando la cadena de custodia se procede a guardar las muestras en refrigeración.

11. Fin de la jornada.

SABADO 16 DE MARZO DEL 2019:

12. 09h00: Salida a Quito en transporte Institucional desde la Ciudad de Esmeraldas.

13. 16:30: Arribamos a la Ciudad de Quito, observando la cadena de custodia se procede a guardar las muestras en refrigeración.

14. Fin de la comisión.

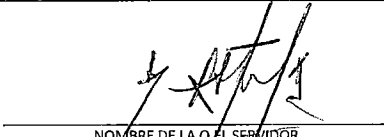
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA	14-03-2019	16-03-2019	Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida del lugar de residencia o trabajo habituales o del cumplimiento del servicio institucional según sea el caso, hasta su llegada de estos sitios.
HORA	08H00	16H30	

TRANSPORTE

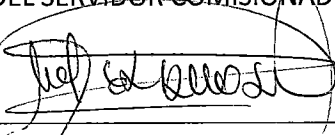
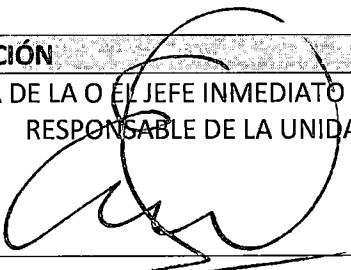
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	QUITO-RIO VERDE (ESMERALDAS)	14-03-2019	08:00	14-03-2019	15:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	RIO VERDE (ESMERALDAS)-QUITO	16-03-2019	09:00	16-03-2019	16:30

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	NOTA
 NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR DR. RUBÉN SANTAMARIA R. SERVIDOR PUBLICO 9 CI. 1704402559	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	FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD
 NOMBRE: NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO MGS ELIDA HIDALGO DIRECTORA MEDICINA, CIENCIAS APLICADAS Y JUEGO LIMPIO CI. 1102360706	 NOMBRE: NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE Abg. EDUARDO GONZALEZ RESTREPO. SUBSECRETARIO DE DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO