

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

| | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------|--------------|
| Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES 04-SJ-DMD-2018 | | FECHA DE SOLICITUD (18-05-2018) | | |
| VIÁTICOS | x | MOVILIZACIONES | SUBSISTENCIAS | ALIMENTACIÓN |

DATOS GENERALES

| | | | |
|--|---------------------|--|----------------------|
| APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR SANTAMARIA ALMEIDA JUAN MARCELO | | PUESTO QUE OCUPA: MEDICO-SERVIDOR PUBLICO 7 | |
| CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL MANTA (TOSAGUA) - MANABÍ | | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE | |
| FECHA SALIDA (dd-mm-aa) | HORA SALIDA (hh:mm) | FECHA LLEGADA (dd-mm-aa) | HORA LLEGADA (hh:mm) |
| 23-05-2018 | 06H10 | 24-05-2018 | 11H50 |

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:
Dr. Luis Viteri, Dr. Juan Santamaría, Sra. Lourdes Tapia, MGS Amparito Jácome

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE.

CAPACITACION EN PRESCRIPCION MEDICA DE ACTIVIDAD FISICA A TRAVES DE LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE MEDICO DEL BARRIO EN TOSAGUA, MANABÍ

TRANSPORTE

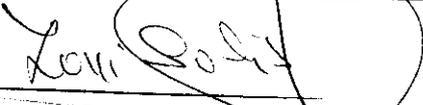
| TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros) | NOMBRE DE TRANSPORTE | RUTA | SALIDA | | LLEGADA | |
|---|----------------------|---------------|----------------------|-------------------|----------------------|---------------|
| | | | FECHA dd-mmm-aaaa | HORA hh:m m | FECHA dd-mmm-aaaa | HORA hh:mm |
| AEREO | TAME | Quito - Manta | 23-05-2018 | 06h10 | 23-05-2018 | 07h10 |
| AEREO | TAME | Manta - Quito | 24-05-2018 | 10h50 | 24-05-2018 | 11h50 |

DATOS PARA TRANSFERENCIA

| | | |
|---|---|------------------------------|
| NOMBRE DEL BANCO: BANCO RUMIÑAHUI | TIPO DE CUENTA: AHORROS | No. DE CUENTA: 8076875700 |
| FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE | FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE | |
| | | |
| NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR DR. JUAN SANTAMARIA ALMEIDA MEDICO ESPECIALISTA - SERVIDOR PUBLICO 7 | NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE MGS. ELIDA HIDALGO GUALAN DIRECTORA (E) MEDICINA DEL DEPORTE | |

| | |
|----------------------------|------------------------|
| COORDINACIÓN GENERAL | CI 1706372883 |
| ADMINISTRATIVA FINANCIERA | MINISTERIO DEL DEPORTE |
| RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS | |
| ANEXOS: <i>S/A</i> | HORA: <i>16:04</i> |
| NOMBRE: <i>[Signature]</i> | RECIBIDO POR |



| | |
|--|---|
| 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. |
| NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO MGS. VICTORIA SOLÍS SUBSECRETARÍA TÉCNICA DE DESARROLLO DEL DEPORTE | <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 <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> |



Memorando Nro. MD-DMD-2018-0212

Quito, D.M., 18 de mayo de 2018

PARA: Dr. Juan Santamaría Almeida
Medico Especialista

Sra. Lourdes Tapia Orbea
Servidor Público de Apoyo 1

ASUNTO: Designación " Exporsitores Prescripción Actividad Física" - Manabí -
Tosagua

De mi consideración:

En atención al Memorando Nro. MD-DIDID-2018-0148 y alcance al Memorando MD-DIDID-2018-0149 de 18 de mayo de 2018, la Dirección de Medicina del Deporte de esta cartera de Estado, les ha designado para la "Capacitación Prescripción Actividad Física por medio de los Médicos del Barrio" para participar en calidad de expositores.

Razón por la cual deberán trasladarse a la provincia de Manabí el martes 22 de mayo del presente año y de retorno a la Ciudad de Quito el miércoles 23 del 2018 de acuerdo al itinerario.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Mgs. Élide Hidalgo Gualán
DIRECTORA DE MEDICINA DEL DEPORTE, ENCARGADA

Copia:
Sra. Mgs. Victoria Solis Olalla
Subsecretaria de Desarrollo del Deporte

Memorando Nro. MD-DMD-2018-0211

Quito, D.M., 18 de mayo de 2018

PARA: Srta. Ing. Sandra Lorena Rueda Macay
Directora de Planificación e Inversión, Subrogante

ASUNTO: Solicitud de Reforma y Reprogramación al Plan Operativo Anual de Gasto Corriente de la Dirección de Medicina del Deporte

De mi consideración:

Señor Director por cuanto se debe optimizar los recursos asignados a la Dirección de Medicina del Deporte, mucho agradeceré autorizar a quien corresponda a realizar la Reforma y Reprogramación de esta Dirección, para lo cual adjunto:

- Informe de justificativo, reforma y reprogramación al Plan Operativo Anual de Gasto Corriente del Ministerio del Deporte.
- Formulario anexo a solicitud de reforma y reprogramación del POA.

Por la favorable atención que se brinde al presente, anticipo mis debidos agradecimientos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Élide Hidalgo Gualán
DIRECTORA DE MEDICINA DEL DEPORTE, ENCARGADA

Copia:
Sra. Mgs. Victoria Solis Olalla
Subsecretaria de Desarrollo del Deporte

cs

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------|----------------------|----|----|
| Institución: | MINISTERIO DEL DEPORTE | NO. CERTIFICACION | FECHA DE ELABORACION | | |
| Unid. Ejecutora: | MINISTERIO DEL DEPORTE - PLANTA CENTRAL | 42 | 19 | 01 | 15 |
| Unid. Desc. | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO RESPALDO | | CLASE DE DOCUMENTO RESPALDO | | | |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS | | COMPROMISO NORMAL OTROS GASTOS | | | |
| CLASE DE REGISTRO | CCM | CLASE DE GASTO | OGA | | |

CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

| P2 | SP | FY | ACT | ITEM | USG | PTE | ORG | N. Pres | DESCRIPCION | MONYD |
|----|----|-----|-----|--------|------|-----|------|---------|---|------------|
| 0 | 00 | 000 | 001 | 530303 | 1701 | 001 | 0000 | 0000 | Viaticos y Subsistencias en el interior | \$6,710.00 |
| | | | | | | | | | TOTAL PRESUPUESTARIO | \$6,710.00 |
| | | | | | | | | | TOTAL | |

SOM: CUATRO MIL SETECIENTOS DIEZ DOLARES

DESCRIPCION:

EN ATENCION AL MEMORANDO NRO. MD-DF-2018-0062 CERTIFICO LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA PARA EL PAGO DE VIATICOS AL INTERIOR POR COMISION DE SERVICIOS REALIZADA POR LOS FUNCIONARIOS DE ESTA CARTERA DE ESTADO, CORRESPONDIENTE A LA DIRECCION DE CONTROL ANTIDOPAJE, QUE CONSTA EN EL POA 2018 DE GASTO CORRIENTE DE LA DIRECCION FINANCIERA.

| DATOS APROBACION | | |
|----------------------|-------------------------|---------------------|
| ESTADO | REGISTRADO: | APROBADO: |
| APPROBADO | | |
| FECHA: 19/01/2018 | Funcionario Responsable | Director Financiero |

10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10
10/10/10

DECLARATION OF THE
FEDERAL GOVERNMENT OF CANADA
ON THE
FUNDING OF THE FUND FOR EDUCATION

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10



Ministerio
del Deporte

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES
04-VL-DMD-2018 ✓

FECHA DE INFORME (29-05-2018)

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR
SANTAMARIA ALMEIDA JUAN MARCELO

PUESTO QUE OCUPA:
SERVIDOR PUBLICO 7

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO
INSTITUCIONAL
TOSAGUA - MANABÍ ✓

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O
EL SERVIDOR
DIRECCIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

Dr. Luis Viteri. Dr. Juan Santamaría, Sra. Lourdes Tapia. Mgs Amparito Jácome

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

23 – 05 – 2018

1.- 06:10 Salida de Quito. ✓

2.- 07:10 Llegada a Manta. ✓

3.- 08:00 Salida de Manta. ✓

4.- 09:00 Arribo a Tosagua ✓

5.- 09:05 Acceso a Centro de Salud Tosagua. Verificación del lugar del Taller: espacio para Conferencias y espacio para Pruebas de Actividad Física. Preparación de Inscripciones y carpetas para los asistentes.

6.- 09:30 – 17:00

Conferencia – Taller: La Prescripción del Ejercicio, dirigido a los Médicos pertenecientes al Programa "Médico del Barrio", Zona Tosagua, Manabí

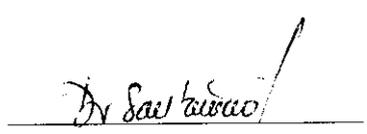
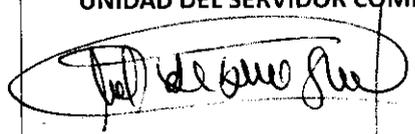
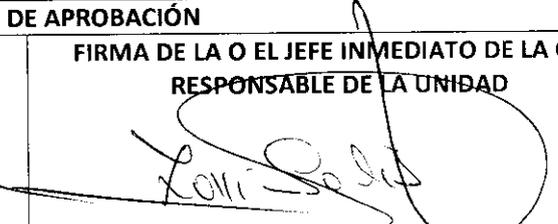
7.- 17:30 Salida de Tosagua ✓

8.- 18:30 Arribo a Manta. ✓

24 – 05 – 2018

9.- 10:50 Salida de Manta.

10.- 11:50 Llegada a Quito. ✓

| ITINERARIO | SALIDA | LLEGADA | NOTA | | | |
|---|----------------------|-----------------|--|---------------|---------------------|---------------|
| FECHA | 23-05-2018 | 24-05-2018 | 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 | 06H10 | 11H50 | | | | |
| TRANSPORTE | | | | | | |
| TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros) | NOMBRE DE TRANSPORTE | RUTA | SALIDA | | LLEGADA | |
| | | | FECHA dd-mm-aaaa | HORA hh:mm | FECHA dd-mm-aaaa | HORA hh:mm |
| AEREO | TAME | Quito - Manta | 23-05-2018 | 06h10 | 23-05-2018 | 07h10 |
| TERRESTRE | INSTITUCIONAL (MSP) | Manta - Tosagua | 23-05-2018 | 08h00 | 23-05-2018 | 09h00 |
| TERRESTRE | INSTITUCIONAL (MSP) | Tosagua - Manta | 23-05-2018 | 17h30 | 23-05-2018 | 18h30 |
| AEREO | TAME | Manta - Quito | 24-05-2018 | 10h50 | 24-05-2018 | 11h50 |
| NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos. | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | |
| Debe existir una mejor comunicación entre los departamentos que colaboramos en esta capacitación. | | | | | | |
| FIRMA Del SERVIDOR COMISIONADO | | | NOTA | | | |
|  NOMBRE: Dr. JUAN SANTAMARIA ALMEIDA 1706372883 | | | 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: MGS. Elida María Hidalgo G. Directora (E) Medicina del Deporte | | | NOMBRE: MGS. VICTORIA SOLÍS SUBSECRETARÍA TÉCNICA DE DESARROLLO DEL DEPORTE | | | |

ETKT2692134584887C1
FECHA/DATE: 23MAY

VUELO/FLIGHT **0131**

SANTAMARIA/JUAN
DE/FROM: QUITO
A/TO: MANTA

ASIENTO/SEAT: **11B**
EQUIP/BAGT:

REFERENCIA: 36

tame

 Boarding pass
Pase a bordo
0558871
2692134584887C2

Passenger Name/Nombre del pasajero
SANTAMARIA/JUAN

| From Desde | To Hacia | Flight Number Vuelo N° |
|---------------|-------------|---------------------------|
| MEC | UIC | EQ130 |

| Class Clase | Date Fecha | Departure Time Hora de Salida |
|----------------|---------------|----------------------------------|
| K | 24MAY | 1050 |

| Boarding Time Hora de Embarque | Gate Puerta | Seat Asiento |
|-----------------------------------|----------------|-----------------|
| 1020 | 3333 | 7B |

| Pieces Maletas | Weight Peso | Reference N° N° de Referencia |
|-------------------|----------------|----------------------------------|
| 0 | 0 | 0 |

www.tame.com

QUITO, 28 de MAYO 2018

CERTIFICADO MEDICO

~~CERTIFICO QUE EL JOVEN DIEGO AVILES CHAUCALA, FUE ATENDIDO POR PRESENTAR CUADRO DE SINDROME GRIPAL Y FARINGITIS, MOTIVO~~
~~POR EL CUAL SE LE RECOMIENDA REPOSO ABSOLUTO POR 24 HORAS.~~

ATENTAMENTE;

~~DR. RUBEN SANTAMARIA R.~~