



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS

INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

LUGAR DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

EN EL
INTERIOR

X

EN EL
EXTERIOR

Nro. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES:
SDNA-2024-08-323

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)
20/8/2024

DATOS GENERALES

APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:

ALBERTO RAMIRO NUÑEZ VINUEZA

CÉDULA:

1710240258

PUESTO QUE OCUPA:

OFICINISTA

CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS:

MANTA- MANABI / GUAYAQUIL - GUAYAS - ECUADOR

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE:

SUBDIRECCIÓN NACIONAL ADMINISTRATIVA

SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

JHAEL JHOSMARA GUAMAN, ALBERTO RAMIRO NUÑEZ VINUEZA

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ACTIVIDADES DETALLADAS POR DÍA:

13/08/2024: 09H30 Hospital General de Manta: Revisión de ambulancias
10H30 Verificar proceso de matriculación
11H30 Supervisar Actas Entrega recepción
12H30 Movilización Portoviejo
13H30 Visita a Dirección Provincial de Manabí líderes áreas administrativas
15H00 Revisión con el equipo administrativo de la DPM para seguimiento ejecución presupuestaria
16H00 Capacitación de uso y conserva de bienes
14/08/2024: 09H00 Visita a bodegas para determinar bienes de baja
10H00 Visita de bodegas de hospitales pendientes de la anterior visita
12H00 Análisis de inicio de constatación anual de activos fijos
13H00 Constatación de estado de parque vehicular/ procesos de mantenimiento y combustible chone
14H00 Capacitación de viáticos
15/08/2024: 08H56 Viaje Manta – Quito, Quito- Guayaquil
15h30 Reunión con Dirección Provincial de Guayas
16H30 Visita a bodegas para determinar bienes de baja
16/08/2024: 09H00 Constatación de estado de parque vehicular
11H00 Revisión de pago de viáticos
14H30 Capacitación de uso y conserva de bienes
15H30 Revisión de inicio de constatación de activos fijos

PRODUCTOS ALCANZADOS: Ejecución de la recepción de ambulancias en el Hospital General Manta, verificación técnico mecánica y constatación física de dispositivos e instrumental médico, en comisión conjunta con la delegación de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar y el Coordinador Nacional de Atención Pre hospitalaria y Unidades Móviles. Capacitación de viáticos. Constatación de

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaaa	13/8/2024	16/8/2024	
HORA hh:mm	7:23	21:50	
HORA Inicio de Labores el día de retorno			

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.
Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la ruta completa.

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.
Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la ruta completa.

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo otros)	NOMBRE DEL TRANSPORTE	ITINERARIO O RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
AÉREO	LATAM	QUITO - MANTA	13/8/2024	7:23	13/8/2024	8:12
AÉREO	LATAM	MANTA - QUITO	15/8/2024	8:56	15/8/2024	9:45
AÉREO	LATAM	QUITO - GUAYAQUIL	15/8/2024	12:37	15/8/2024	13:30
AÉREO	LATAM	GUAYAQUIL - QUITO	16/8/2024	20:58	16/8/2024	21:50

NOTA: En caso de haber utilizado: 1) transporte público, aéreo, fluvial o terrestre, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o pasajes y 2) vehículos institucionales, se adjuntará la hoja de ruta con tipo de vehículo, número de placa, kilometraje recorrido y los nombres apellidos del conductor.

OBSERVACIONES Se adjunta el correo de Avianca en el cual consta que no existe disponibilidad de vuelos MANTA - GUAYAQUIL.

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

MGS. ALBERTO RAMIRO NUÑEZ VINUEZA
OFICINISTA

NOTA

El presente informe deberá presentarse dentro del término máximo de 4 días de cumplida las tareas oficiales o servicios institucionales, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendría que restituir los valores pagados. Cuando las tareas oficiales o servicios institucionales sea superior al número de horas o 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 MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO

NOMBRE: ING. ANDREA PAOLA AYALA GUERRA
SUBDIRECTORA NACIONAL ADMINISTRATIVA

NOMBRE: MGS. CESAR AUGUSTO CALDERON VILLOTA
DIRECTOR NACIONAL DE SERVICIOS CORPORATIVOS

**DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y
DESPLAZAMIENTO**

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
01	002-001-000003862	Alimentos	16
02	003-001-000000021	Alimentos	16
03	001-001-000000454	Alimentos	10
04	001-001-0070404	Alimentos	24,55
05	001-001-000000111	Alimentos	17
06	001-001-0070405	Alimentos	20,11
07	004-001-000003305	Hospedaje	90
08	003-002-000015118	Alimentos	11,98
09	001-001-000005932	Alimentos	6,25
10	002-103-000010829	Alimentos	21,3
11	004-001-000010999	Hospedaje	40
TOTAL:			273,19
DESPLAZAMIENTO			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			