

		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: DNCS-2024-10-0094		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 21/10/24		
DATOS GENERALES				
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: AYALA PÉREZ CARLOS BOLÍVAR		CÉDULA: 1711057727	PUESTO QUE OCUPA: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: QUITO - PICHINCHA, MACHALA - EL ORO - ECUADOR		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL		
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: 1.- BOLÍVAR AYALA; 2.- NATALIA MALES				
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS				
<p>Lunes 14 de octubre de 2024: 5:00 Salida de Quito 7:30 Desayuno 17:30 Llegada a Machala 18:00 Traslado al hotel 20:00 Merienda</p> <p>Martes 15 de octubre de 2024: 7:30 Desayuno 8:00 Traslado hacia el Hospital General Machala 8:30 Reunión con equipo y designación de funciones 9:00 Montaje del evento 11:00 Recorrido por el hospital, revisión de infochannels y carteleras 13:00 Almuerzo 14:00 Montaje de evento 21:30 Merienda 22:00 Traslado al hotel</p>				

Miércoles 16 de octubre de 2024:

7:00 Desayuno
 8:00 Traslado hacia el Hospital General Machala
 8:30 Pruebas de sonido y montaje total evento
 10:00 Inicio del evento
 11:30 Fin del evento
 12:00 Inicio del recorrido de las autoridades por el Hospital General Machala
 13:30 Almuerzo
 14:30 Envío de material edición de video resumen.
 16:00 Envío de video resumen del evento
 17:00 Edición insumos del evento
 19:00 Traslado al hotel
 19:30 Merienda

Jueves 17 de octubre de 2024

5:00 Salida a Quito
 8:30 Desayuno
 13:30 Almuerzo
 16:00 Llegada a Quito

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaaa	14/10/24	17/10/24	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	05:00	16:00	
HORA Inicio de Labores el día de retorno		N/A	

Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la

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
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	QUITO-MACHALA	14/10/24	05:00	14/10/24	17:30
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	MACHALA-QUITO	17/10/24	05:00	17/10/24	16:00

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
Con base en el Anexo 1 hay un cambio en las horas de llegada de Quito hacia Machala; y cambio de horas en la salida y llegada desde Machala hacia Quito

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO	NOTA
CARLOS BOLIVAR AYALA PÉREZ ASISTENTE ADMINISTRATIVO	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: MGS. CAROLINA ELIZABETH SIMBAÑA TEJADA DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN (E)	NOMBRE: MGS. CAROLINA ELIZABETH SIMBAÑA TEJADA DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN (E)

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

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	001-001-0010030	ALIMENTACIÓN	10,00
2	001-001-000001522	ALIMENTACIÓN	10,00
3	001-002-000062249	ALIMENTACIÓN	4,75
4	001-002-000005300	ALIMENTACIÓN	19,00
5	002-002-000014201	ALIMENTACIÓN	6,49
6	001-001-000009007	ALIMENTACIÓN	10,00
7	001-004-000008376	HOSPEDAJE	90,00
8	001-001-000000308	ALIMENTACIÓN	15,00
9	001-001-000000020	ALIMENTACIÓN	15,00
10			

TOTAL:			180,24
---------------	--	--	--------

DESPLAZAMIENTO			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			