

		INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS	
INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES			
LUGAR DE SERVICIOS INSTITUCIONALES		EN EL INTERIOR	EN EL EXTERIOR
		x	
Nro. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: DNCS-2024-11-0100		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 26/11/24	
DATOS GENERALES			
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: AYALA PÉREZ CARLOS BOLÍVAR		CÉDULA: 1711057727	PUESTO QUE OCUPA: ASISTENTE ADMINISTRATIVO
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: EL CHACO-SANTA ROSA-NAPO NUEVA LOJA-EL ENO- SUCUMBIOS- ECUADOR		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: BOLÍVAR AYALA			
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS			
Martes 19 de noviembre del 2024: 8:00 Salida de Quito. 12:00 Arribo al Centro de Salud Tipo A Santa Rosa 2 del SSC, coordinación del trabajo a ejecutarse. 13:30 Almuerzo. 14:30 Tomas y entrevistas en el Centro de Salud Tipo A Santa Rosa 2 del SSC. 18:00 Traslado Al Chaco. 19:00 Merienda. 20:30 Traslado al hotel.			
Miércoles 20 de noviembre del 2024: 8:00 Desayuno. 8:30 Salida del Chaco. 13:00 Almuerzo. 16:00 Llegada a Nueva Loja Sucumbíos. 17:00 Coordinación para realizar grabación en Centro de Salud Tipo A1 de El Eno. 19:00 Merienda. 20:30 Traslado al hotel.			

Jueves 21 de noviembre del 2024:
 7:00 Desayuno.
 8:00 Traslado hacia el Centro de Salud Tipo A1 de El Eno.
 09:00 Tomas y entrevistas en el Centro de Salud Tipo A Conambo de la parroquia de El Eno.
 13:00 Almuerzo
 14:00 Tomas y entrevistas en el Centro de Salud Tipo A Conambo de la parroquia de El Eno.
 17:00 Salida desde el Centro de Salud Tipo A Conambo de la parroquia de El Eno.
 19:00 Merienda.
 20:30 Traslado hotel.
Viernes 22 de noviembre del 2024:
 7:00 Desayuno.
 8:00 Salida de Nueva Loja.
 13:00 Almuerzo.
 16:00 Llegada a Quito.

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaaa	19/11/24	22/11/24	Estos datos se refieren al tiempo exclusivamente 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
HORA hh:mm	08:00	16:00	
HORA Inicio de Labores el día de retorno	N/A		

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-SANTA ROSA	19/11/24	08:00	19/11/24	12:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	SANTA ROSA-EL CHACO	19/11/24	18:00	19/11/24	18:30
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	EL CHACO-NUEVA LOJA	20/11/24	08:30	20/11/24	16:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	NUEVA LOJA-EL ENO	21/11/24	08:00	21/11/24	08:50
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	EL ENO-NUEVA LOJA	21/11/24	17:00	21/11/24	17:50
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	NUEVA LOJA-QUITO	22/11/24	08:00	22/11/24	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 Santa Rosa, de Santa Rosa a El Chaco, de Nueva Loja a El Eno; cambio de horas en la salida y llegada desde el Eno a Nueva Loja y desde Nueva Loja a 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	001-001-000001778	ALIMENTACIÓN	10,00
2	001-001-000001781	ALIMENTACIÓN	15,00
3	001-001-000001787	ALIMENTACIÓN	10,00
4	001-001-000001785	HOSPEDAJE	35,00
5	001-001-000000086	ALIMENTACIÓN	12,00
6	001-001-000002497	ALIMENTACIÓN	11,00
7	001-001-000000088	ALIMENTACIÓN	12,00
8	001-001-0001470	ALIMENTACIÓN	15,00
9	001-001-000000332	HOSPEDAJE	60,00
10	001-001-000000097	ALIMENTACIÓN	12,00

TOTAL:			192,00
DESPLAZAMIENTO			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			