



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:

SDNIE-2024-08-0120

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

03/09/2024

DATOS GENERALES

APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:

CHIGUANO CANENCIA JOSE ENRIQUE

CÉDULA:

1707794739

PUESTO QUE OCUPA:

ING. CIVIL

CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS:

ESMERALDAS - ESMERALDAS

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE:

SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

ING. MARIELA OÑA, ING. ENRIQUE CHIGUANO

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ACTIVIDADES REALIZADAS POR DIA

La SDNPSS, ha programado realizar la evaluación sobre el Índice de Seguridad Hospitalaria en el Hospital Básico de Esmeraldas del 28 al 30 de agosto de 2024.

28/8/2024	Traslado a la ciudad de Esmeraldas, en el lugar se realiza una reunión entre los técnicos encargados para realizar la evaluación y se realiza el recorrido por la unidad médica analizando y observando las condiciones en la que se encuentra el Hospital Básico Esmeraldas, en caso que me corresponde específicamente en la parte estructural.
29/8/2024	Continuación del recorrido y elaboración de la matriz de evaluación, informe y acciones posibles a ejecutarse como medida para mitigar posibles eventos que puedan presentarse.
30/8/2024	Continuación del recorrido y elaboración de la matriz de evaluación, informe y acciones posibles a ejecutarse como medida para mitigar posibles eventos que puedan presentarse. Se mantiene una reunión con la Sra. Mgs. Silvia Delgado Directora Administrativa del Hospital y los técnicos encargados de la evaluación para exponer y aclarar los puntos que fueron tomados en cuenta para que en caso de presentarse eventos se planifique acciones para mitigar los impactos.

PRODUCTOS ALCANZADOS

Entrega del informe de la evaluación,

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaaa	28/8/2024	30/8/2024	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.
HORA hh:mm	8:00	19:30	
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-ESMERALDAS	28/8/2024	8:00	28/8/2024	15:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	ESMERALDAS-QUITO	30/8/2024	13:30	30/8/2024	19:30

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

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

Ing. José Enrique Chiguano Canencia
ING. CIVIL SDNIE

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:

Mgs. Alex Paúl Silva Arias
SUBDIRECTOR NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA Y
EQUIPAMIENTO

NOMBRE:

Sra. Mgs. Erika Milena Charfuelan Burbano
SUBDIRECTORA GENERAL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL

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

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
Item			VALOR
1	001-001 00000238	ALIMENTACION	13,00
2	003-001-000033311	ALIMENTACION	5,24
3	001-001-00 0002229	ALIMENTACION	9,00
4	001-001-00 0002238	ALIMENTACION	9,00
5	001-001-000002925	ALIMENTACION	4,00
6	001-005-000002386	ALOJAMIENTO	70,00
7	001-001-00 0002242	ALIMENTACION	9,00
		TOTAL USD	119,24
DESPLAZAMIENTO			
Item	Nº FACTURA	TIPO DE GASTO	VALOR
1			
2			
		TOTAL USD	0,00