

		<b>INSTITUTO ECUATORIANO DE                  SEGURIDAD SOCIAL IESS</b>				
<b>INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES</b>						
<b>LUGAR DE SERVICIOS INSTITUCIONALES</b>		<b>EN EL INTERIOR</b>	<b>X</b>	<b>EN EL EXTERIOR</b>		
Nro. INFORME DE CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: SDNIE-2024-12-0165		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 19/12/2024				
<b>DATOS GENERALES</b>						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: PÁEZ APUNTE RONNIE MAURICIO		CÉDULA: 171894288-9	PUESTO QUE OCUPA: ARQUITECTO - SERVIDOR PÚBLICO 7			
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: BAÑOS DE AGUA SANTA - TUNGURAHUA - ECUADOR		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO				
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: N/A						
<b>INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS</b>						
<b>DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS</b>						
<b>09/12/2024</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12:30am. Reunión con Directora Médica CSA Baños.</li> <li>• 14:00pm. Reunión con el Contratista y Residente de Obra, para revisión de la obra.</li> </ul>						
<b>10/12/2024</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 08:30am. Reunión con Directora Médica para recorrido total de la Unidad Médica.</li> <li>• 11:30am. Reunión con Contratista y Administradora de Contrato acerca del procedimiento a seguir para la recepción definitiva del proceso de contratación.</li> <li>• 14:00pm. Retorno a Quito.</li> </ul>						
<b>PRODUCTOS ALCANZADOS</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la calidad de ejecución, revisión de materiales y metodología constructiva aplicada.</li> <li>• Recolección de datos para realizar informe de procedencia para la recepción definitiva.</li> </ul>						
<b>ITINERARIO</b>	<b>SALIDA</b>	<b>LLEGADA</b>	<b>NOTA</b>			
FECHA dd-mmm-aaaa	09/12/2024	10/12/2024	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	09:30:00	17:00:00				
HORA Inicio de Labores el día de retorno		N/A				
<b>TRANSPORTE</b>						
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 - BAÑOS DE AGUA SANTA	<b>09/12/2024</b>	<b>09:30:00</b>	<b>09/12/2024</b>	<b>12:30:00</b>
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	BAÑOS DE AGUA SANTA - QUITO	<b>10/12/2024</b>	<b>14:00:00</b>	<b>10/12/2024</b>	<b>17:00:00</b>
<b>NOTA:</b> 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.						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
Salida desde el edificio Matriz, despues de horario pico y placa.						

<b>FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO</b>	<b>NOTA</b>
<b>ARQ. RONNIE MAURICIO PÁEZ APUNTE</b> ARQUITECTO SDNIE	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.
<b>FIRMAS DE APROBACIÓN</b>	
<b>FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO</b>	<b>FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO</b>
NOMBRE: <b>MGS. ALEX PAÚL SILVA ARIAS</b> SUBDIRECTOR NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	NOMBRE: <b>MGS. CÉSAR AUGUSTO CALDERÓN VILLOTA</b> DIRECTOR NACIONAL DE SERVICIOS CORPORATIVOS

<b>DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y DESPLAZAMIENTO</b>			
<b>ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN</b>			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	003-100-000001841	ALIMENTACIÓN	13.80
2	003-100-000000629	HOSPEDAJE	45.00
<b>TOTAL:</b>			<b>58.80</b>
<b>DESPLAZAMIENTO</b>			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
<b>TOTAL:</b>			<b>0.00</b>