

		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-2025-01-0009		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 10/2/2025				
DATOS GENERALES						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: MALES MALDONADO NATALIA CAROLINA		CÉDULA: 1723567820		PUESTO QUE OCUPA: PERIODISTA PROFESIONAL		
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: QUITO-PICHINCHA-MANABI-BAHÍA DE CARÁQUEZ-MANTA-ECUADOR		NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL				
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: 1. CAROLINA SIMBAÑA; 2. FERNANDO JAPÓN; 3. NATALIA MALES						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
JUEVES 23 DE ENERO DE 2025: 17:58 Salida del Aeropuerto Internacional Mariscal Sucre - Quito 18:47 Llegada al Aeropuerto Internacional Eloy Alfaro - Manta 18:50 Traslado a Bahía de Caráquez 20:15 Llegada al Centro de Salud C Materno Infantil y de Emergencia de Bahía de Caráquez 20:20 Revisión del montaje y conexión de equipos 22:30 Traslado al hotel						
VIERNES 24 DE ENERO DE 2025 7:30 Desayuno 8:00 Traslado al Centro de Salud C Materno Infantil y de Emergencia de Bahía de Caráquez 8:20 Montaje final del evento 10:30 Recorrido por las áreas del Centro de Salud C Materno Infantil y de Emergencia de Bahía de Caráquez 11:00 Inicio del evento 12:00 Fin del evento 12:05 Recorrido por la feria de salud y servicios de atención 13:30 Traslado a Manta 15:00 Llegada a Manta 15:20 Almuerzo 16:00 Traslado al Aeropuerto Internacional Eloy Alfaro - Manta 16:10 - 18:45 Producción de material comunicacional posevento 18:58 Salida del Aeropuerto Internacional Eloy Alfaro - Manta 19:46 Llegada al Aeropuerto Internacional Mariscal Sucre - Quito						
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA			
FECHA dd-mmm-aaaa	23/1/2025	24/1/2025	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	17:58	19:46				
HORA Inicio de Labores el día de retorno		N/A				
TRANSPORTE						
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre,	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	23/1/2025	17:58	23/1/2025	18:47
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	MANTA - BAHÍA DE CARÁQUEZ	23/1/2025	18:50	23/1/2025	20:15

TERRESTRE	INSTITUCIONAL	BAHÍA DE CARÁQUEZ - MANTA	24/1/2025	13:30	24/1/2025	15:00
AÉREO	LATAM	MANTA- QUITO	24/1/2025	18:58	24/1/2025	19:46

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 NATALIA CAROLINA MALES MALDONADO PERIODISTA PROFESIONAL	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 NOMBRE: MGS. CAROLINA ELIZABETH SIMBAÑA TEJADA DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN (E)	FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO 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			
Nº	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	001-002-000000572	HOSPEDAJE	50
2	001-001-000109283	ALIMENTACIÓN	7,50
TOTAL:			57,50
DESPLAZAMIENTO			
Nº	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			\$0,00