

		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-2025-01-0012		FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa) 10/2/25				
DATOS GENERALES						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: SOLÓRZANO GRANADA CARMEN GABRIELA		CÉDULA: 1002169702		PUESTO QUE OCUPA: OFICINISTA		
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: Quito-Pichincha-Guayaquil-Guayas--Ecuador			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL			
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:						
ACTIVIDADES DETALLADAS POR DÍA:						
ACTIVIDADES A EJECUTAR:						
Martes, 4 de febrero de 2025						
6:00 a 13:30 Traslado de Quito a Guayaquil - Samborondón						
14:00 a 17:30 Coordinación y planificación de avanzada para el evento de Inauguración del Hospital de Samborondón						
17:30 a 18:30 Traslado del Hospital de Samborondón a la DP de Guayas						
18:30 a 20:00 Revisión de insumos, impresión y preparación de carpetas para autoridades.						
Miércoles, 5 de febrero de 2025						
7:00 a 8:00 Traslado de Guayaquil a Samborondón						
8:00 a 11:00 Revisión y coordinación de montaje del evento de inauguración del Hospital de Samborondón						
11:00 a 12:30 Cobertura de la inauguración del Hospital de Samborondón						
12:30 a 13:00 Traslado de Samborondón al Centro de Especialidades Daule						
13:00 a 14:00 Cobertura del recorrido realizado por el Presidente Peña y autoridades del Directorio						
14:00 a 15:00 Traslado de Daule a Guayas						
15:00 a 16:00 Almuerzo						
16:00 a 17:00 Traslado al hotel						
17:00 a 19:30 Monitoreo de redes del evento de inauguración del Hospital de Samborondón						
Jueves. 6 de febrero de 2025						
8:00 a 16:00 Traslado de Guayaquil a Quito						
Productos alcanzados:						
Avanzada, cobertura de evento de inauguración de Hospital Samborondón; envío de insumos para redes; cobertura de recorrido Centro de Especialidades Daule.						
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA			
FECHA dd-mmm-aaaa	4/2/25	6/2/25	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	6:00	16:00				
HORA Inicio de Labores el día de		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 - GUAYAQUIL	4/2/2025	6:00	4/2/2025	13:30

TERRESTRE	INSTITUCIONAL	GUAYAQUIL - QUITO	6/2/2025	8:00	6/2/2025	16:00
<small>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.</small>						
OBSERVACIONES						
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO Gabriela Solórzano G. OFICINISTA				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 Mgs. Carolina Simbaña				FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO Mgs. Carolina Simbaña		
DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL				DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL		

DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y DESPLAZAMIENTO			
ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
Nº	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	001-002-000003037	Hospedaje	50,00
2	001-002-000003042	Hospedaje	50,00
3	002-001-000018759	Alimentación	10,00
4	0000454	Alimentación	4,00
TOTAL:			114,00
DESPLAZAMIENTO			
Nº	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			0