

		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-2025-05-0051		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 13/5/2025				
DATOS GENERALES						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: SOLÓRZANO GRANADA CARMEN GABRIELA		CÉDULA: 1002169702		PUESTO QUE OCUPA: OFICINISTA		
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: QUITO-PICHINCHA-MANTA-PUERTO LÓPEZ-LAS TUNAS-MANAB			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL			
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Bolívar Ayala						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
ACTIVIDADES A EJECUTAR						
Viernes, 9 de mayo de 2025						
11:48 A 12:38 Traslado de Quito a Manta para realizar la avanzada del evento de "Entrega de ambulancia por parte del Hospital Jipijapa al Dispensario Las Tunas del SSC.						
13:00 15:30 Traslado de Manta al la comunidad las Tunas para la avanzada del evento con la presencia del Presidente Peña						
15:30 a 17:00 Avanzada y revisión de insumos para el evento						
17:30 a 18:00 Traslado Las Tunas a Puerto López para pernoctar						
Sábado, 10 de mayo de 2025						
8:00 a 8:30 Traslado de Puerto López a la comunidad Las Tunas						
8:30 a 10:30 Coordinación de evento, prueba de sonido y revisión de insumos						
10:30 a 12:00 Cobertura de evento de "Entrega de ambulancia por parte del Hospital Jipijapa al Dispensario Las Tunas del SSC.						
12:00 a 14:00 Envío de insumos comunicacionales para redes						
14:00 a 16:30 Traslado de Comunidad Las Tunas al aeropuerto de Manta						
17:13 a 18:03 Traslado de Manta a Quito						
ITINERARIO		SALIDA	LLEGADA	NOTA		
FECHA dd-mmm-aaaa		9/5/2025	10/5/2025	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.		
HORA hh:mm		11:48	18:03			
HORA Inicio de Labores el día de retorno				Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la ruta completa.		
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
AÉREO	AVIANCA	QUITO - MANTA	9/5/2025	11:48	9/5/2025	12:38
TERRESTE	INSTITUCIONAL	MANTA - LAS TUNAS	9/5/2025	13:00	9/5/2025	15:30
TERRESTE	INSTITUCIONAL	LAS TUNAS - PUERTO LÓPEZ	9/5/2025	17:30	9/5/2025	18:00
TERRESTE	INSTITUCIONAL	PUERTO LÓPEZ - LAS TUNAS	10/5/2025	8:00	10/5/2025	8:30
TERRESTE	INSTITUCIONAL	LAS TUNAS - MANTA	10/5/2025	14:00	10/5/2025	16:30
AÉREO	LATAM	MANTA - QUITO	10/5/2025	17:13	10/5/2025	18:03
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	
En este campo se debe notificar las novedades que alteraron la ruta de la comisión y cualquier otra eventualidad.	
FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO	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.
GABRIELA SOLÓRZNO G.	
FIRMAS DE APROBACIÓN	
FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO	FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO
MGS. CAROLINA SIMBAÑA DIRECTORA	MGS. CAROLINA SIMBAÑA DIRECTORA

DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y DESPLAZAMIENTO

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	001-001-000001167	HOSPEDAJE	40,00
2	001-001-0007093	ALIMENTACIÓN	7,00
3	001-001-000023144	ALIMENTACIÓN	12,00
4	001-001-000001028	ALIMENTACIÓN	2,50
			61,50
TOTAL:			
DESPLAZAMIENTO			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			