

		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: DNAC-2025-05-085		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 29/5/2025				
DATOS GENERALES						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: DANIELA BERNADA JARRÍN MERA		CÉDULA: 1717094914		PUESTO QUE OCUPA: ASISTENTE ADMINISTRATIVO		
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: BOLIVAR-GUARANDA-ECUADOR CHIMBORAZO- RIOBAMBA-ECUADOR			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE AFILIACIÓN, COBERTURA Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN			
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: RUIZ CARRILLO DIEGO MAURICIO						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
<p>27/5/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> -Traslado a Bolivar -Reunión de trabajo Equipo de promoción y asesoría -seguimiento al proceso -Dudas y sugerencias con respecto al memorando de lineamientos. -Análisis de nuevas estrategias de trabajo con aliados estratégicos. - Validación de material comunicacional en la provincia. -Caso práctico de afiliaciónx y socialización metodología de trabajo - Seguimiento de procesos <p>28/5/2025</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traslado de Bolívar a Chimborazo. -Reunión de trabajo con el equipo de promoción y asesoría -seguimiento al proceso -Dudas y sugerencias con respecto al memorando de lineamientos. -Análisis de nuevas estrategias de trabajo con aliados estratégicos. - Validación de material comunicacional en la provincia. -Caso práctico de afiliaciónx y socialización metodología de trabajo - Seguimiento de procesos y socialización metodología de trabajo, - retorno Quito 						
	SALIDA	LLEGADA	NOTA			
FECHA dd-mmm-aaaa	27/5/2025	28/5/2025	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. Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la ruta completa.			
HORA hh:mm	7:00	17:00				
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	Vehículo Institucional	Quito - Bolivar	27/5/2025	7:00	27/5/2025	11:00
Terrestre	Vehículo Institucional	Bolivar - Chimborazo	28/5/2025	8:00	28/5/2025	10:00
Terrestre	Vehículo Institucional	Chimborazo - Quito	28/5/2025	14:00	28/5/2025	17:00
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			
DANIELA BERNADA JARRÍN MERA ASISTENTE ADMINISTRATIVA - SDNACGI			En presente informe debiera presentarse dentro del termino maximo de 4 dias 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			

<p>Abg. Andrés Patricio Zapata</p> <p>SUBDIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN, COBERTURA Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>NOMBRE: Mgs. Marcelo David Narváez Burbano</p> <p>DIRECTOR NACIONAL DE AFILIACIÓN Y COBERTURA (E)</p>
--	---

DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	001-003-0001936	ALIMENTACIÓN	\$8,00
2	001-001-0002040	ALIMENTACIÓN	\$5,50
3	001-003-000022474	ALIMENTACIÓN	\$6,75
4	002-100-000003507	HOSPEDAJE	\$36,00
TOTAL:			\$56,25