

		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-2025-08-0084		FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa) 18/8/2025				
DATOS GENERALES						
APELLIDOS-NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR: Solórzano Granada Carmen Gabriela		CÉDULA: 1002169702		PUESTO QUE OCUPA: Asistente Administrativa		
CIUDAD-PROVINCIA-PAÍS: CATAMAYO - PUYANGO - LOJA - SANTA ROSA - EL ORO - ECUADOR			NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE EL SERVIDOR PERTENECE: DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL			
SERVIDORAS/ES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Gabriela Solórzano G. y Ricardo Bravo						
INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS						
Martes, 12 de agosto del 2025 6:00 a 6:50 Traslado de Quito a Catamayo, Loja 8:00 a 12:30 Traslado desde Catamayo hasta el cantón Puyango, en Loja, hasta el dispensario Yambalamaca 14:30 a 15:30 Revisión de insumos para el evento de Inauguración simultánea de los Dispensarios Yambalamaca y El Limón del Seguro Social Campesino 15:30 a 21:00 Montaje y organización del evento de Inauguración simultánea de los Dispensarios Yambalamaca y El Limón del Seguro Social Campesino 21:00 a 23:00 Traslado del Dispensario Yambalama en el cantón Puyando para el cantón El Amor para pernoctar Miércoles, 13 de agosto de 2025 8:30 a 13:00 Revisión de agenda territorial SSC e insumos de dispensarios de Loja 13:00 a 16:00 Traslado de EL Amor, Loja a Santa Rosa 16:00 a 16:50 Avanzada en el Dispensario EL Tigre, en Santa Rosa – El Oro 16:00 a 16:50 Traslado del Dispensario El Tigre, en Santa Rosa al aeropuerto de Santa Rosa, El Oro 19:50 a 20:40 Traslado de Santa Rosa, El Oro a Quito						
ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA			
FECHA dd-mmm-aaaa	12/8/2025	13/8/2025	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	6:00	20:40	Se deberá aumentar el número de casilleros necesarios para detallar la ruta completa.			
HORA Inicio de Labores el día de retorno						
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	AEREO REGIONAL REGAIR	Quito - Catamayo, Loja	12/8/2025	6:00	12/8/2025	6:50
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	Catamayo - Puyango	12/8/2025	8:00	12/8/2025	12:30
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	Puyango - El Amor	12/8/2025	21:00	12/8/2025	23:00
TERRESTRE	INSTITUCIONAL	El Amor - Santa Rosa, El Oro	13/8/2025	13:00	13/8/2025	16:50
AÉREO	AEREO REGIONAL REGAIR	Santa Rosa - Quito	13/8/2025	19:50	13/8/2025	20:40
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.
Lic. Gabriela Solórzano G.	
ASISTENTE ADMINISTRATIVA	
FIRMAS DE APROBACIÓN	
FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO	FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO
LIC. LILIBETH CAJAMARCA DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	LIC. LILIBETH CAJAMARCA DIRECTORA NACIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

DETALLE DE DOCUMENTOS GENERADOS DE GASTOS DE VIÁTICOS Y DESPLAZAMIENTO

ALOJAMIENTO Y/O ALIMENTACIÓN			
N°	NÚMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
1	002-001-000001333	HOSPEDAJE	35,00
2	002-001-000002720	ALIMENTACIÓN	10,00
3	002-001-000003288	ALIMENTACIÓN	10,00
4	001-002-000041542	ALIMENTACIÓN	5,00
			60,00
TOTAL:			
DESPLAZAMIENTO			
N°	NUMERO FACTURA	DETALLE	VALOR TOTAL
TOTAL:			