

# COMPROBANTE UNICO DE REGISTRO

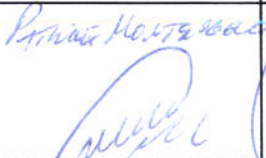
|                                        |                                                                   |                                             |                                                                                |                |         |     |     |      |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|-----|-----|------|
| Institucion:                           | 064 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS                   | Reporte                                     | rptComprobanteGastos.rdlc                                                      |                |         |     |     |      |
| U. Ejecutora:                          | 9999 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS - PLANTA CENTRAL | Fecha Elaboración                           | <table border="1"> <tr> <td>014</td> <td>010</td> <td>2015</td> </tr> </table> |                |         | 014 | 010 | 2015 |
| 014                                    | 010                                                               | 2015                                        |                                                                                |                |         |     |     |      |
| Unid. Desc:                            | 0000                                                              | No. CUR                                     | 5203                                                                           | No. Original   | 5203    |     |     |      |
| Tipo Documento Respaldo                |                                                                   | Clase Documento                             | No.                                                                            | No. Expediente |         |     |     |      |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS |                                                                   | RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS | 6                                                                              | 2291           |         |     |     |      |
| Clase de Registro:                     | REGULARIZACIÓN                                                    | Clase de Gasto:                             | OTROS GASTOS                                                                   | RPA            | RTO DEV |     |     |      |
| Banco:                                 |                                                                   | Cuenta Monetaria:                           | 1121501 FTE 1 ANTICIPO VIATICOS CORRIENTES RECURSOS FISCALES                   |                |         |     |     |      |
| Comprobante                            | GASTOS                                                            | Numero Operación                            | 0                                                                              |                |         |     |     |      |
| Beneficiario:                          | 1768038270001 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS         |                                             |                                                                                |                |         |     |     |      |

## AFECTACION PRESUPUESTARIA

| PG                               | SP | PY  | ACT | ITEM   | UBG  | FTE | ORG  | N. Prest | DESCRIPCION                             | MONTO |
|----------------------------------|----|-----|-----|--------|------|-----|------|----------|-----------------------------------------|-------|
| 55                               | 00 | 000 | 013 | 530303 | 1701 | 001 | 0000 | 0000     | Viaticos y Subsistencias en el Interior | 40.00 |
| TOTAL PRESUPUESTARIO             |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 40.00 |
| IVA                              |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00  |
| SUB - TOTAL                      |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 40.00 |
| RETENCIONES IVA                  |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00  |
| TOTAL DEDUCCIONES PRESUPUESTARIO |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00  |
| TOTAL A PAGAR                    |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 40.00 |

SON: CUARENTA DOLARES

DESCRIPCION: Rendición de la Entidad:64-9999-0 No de fondo: 561 No Entrada: 1978

| DATOS APROBACIÓN                            |                                                                                                                          |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO                                      | REGISTRADO:                                                                                                              | APROBADO:                                                                                                            |
| <b>APROBADO</b><br><br>FECHA:<br>14/10/2015 | <br>_____<br>Functionario Responsable | <br>_____<br>Director Financiero |



# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  
097-CGTPE-DIES-2015

FECHA DE SOLICITUD (dd-mm-aaaa)  
15-09-2015

|          |                |               |   |              |  |
|----------|----------------|---------------|---|--------------|--|
| VIÁTICOS | MOVILIZACIONES | SUBSISTENCIAS | X | ALIMENTACIÓN |  |
|----------|----------------|---------------|---|--------------|--|

## DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR  
María Soledad Carrera Clavijo C.I.: 1720009206

PUESTO QUE OCUPA:  
Servidor Público 7

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR

Unidad de Gestión de Estadísticas Sociodemográficas en  
Base a Registros Administrativos

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL  
Ambato- Tungurahua

FECHA SALIDA (dd-mm-aaaa)  
16-09-2015

HORA SALIDA (hh:mm)  
05h30

FECHA LLEGADA (dd-mm-aaaa)  
16-09-2015

HORA LLEGADA (hh:mm)  
19h30

SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES: Carrera Soledad

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE

Supervisión del Registro electrónico del Informe Estadístico del Nacido Vivo en los establecimientos de salud MSP

## TRANSPORTE

| TIPO DE TRANSPORTE<br>(Aéreo, terrestre, marítimo,<br>otros) | NOMBRE DE<br>TRANSPORTE | RUTA         | SALIDA              |               | LLEGADA             |               |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
|                                                              |                         |              | FECHA<br>dd-mm-aaaa | HORA<br>hh:mm | FECHA<br>dd-mm-aaaa | HORA<br>hh:mm |
| TERRESTRE                                                    | VEHÍCULO INEC           | QUITO-AMBATO | 16-09-2015          | 05h30         | 16-09-2015          | 08h00         |
| TERRESTRE                                                    | VEHÍCULO INEC           | AMBATO-QUITO | 16-09-2015          | 16h00         | 16-09-2015          | 19h30         |

## DATOS PARA TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL BANCO:  
PACIFICO

TIPO DE CUENTA:  
AHORROS

No. DE CUENTA:  
1041467175

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE

FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD  
SOLICITANTE

NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR  
Carrera Soledad

NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE  
Carrera Soledad

FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

NOTA: Esta solicitud deberá ser presentada para su Autorización, con por lo menos  
72 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales; salvo el  
caso de que por necesidades institucionales la Autoridad Nominadora autorice.

- De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubsistentes
- El informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional

Está prohibido conceder servicios institucionales durante los días de descanso obligatorio, con excepción de las Máximas Autoridades o de casos excepcionales debidamente justificados por la Máxima Autoridad o su Delegado.

NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO  
Andrés Albán

VERSION FORMULARIO MRL ACTUALIZADA 12/06/2013

DIRECCIÓN FINANCIERA

EXISTE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

PROYECTO: 00  
DE: 013

FECHA: 15/09/15

15-09-2015

1204

15-09-2015



**INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa)

097-CGTPE-DIES-2015

30-09-2015

**DATOS GENERALES**

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR

Carrera Clavijo María Soledad  
C.I: 1720009206

PUESTO QUE OCUPA:

Servidor Público 7

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO  
INSTITUCIONAL

Ambato – Tungurahua

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL  
SERVIDOR

DIES – Unidad de Gestión de Estadísticas Sociodemográficas en  
base a Registros Administrativos

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Carrera Clavijo María Soledad

**INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS**

**Objetivo General:**

Verificar que la información proveniente del sistema REVIT sea consistente a través de la convalidación de información de las diferentes fuentes como la base de datos REVIT e historias clínicas desde los establecimientos de salud que se capacitó el mes de mayo e iniciaron el Registro Electrónico del Informe Estadístico de Nacido Vivo en el mes de junio de 2015.

**Actividades:**

**Ambato: Miércoles, 16 de septiembre de 2015**

**Actividades en la Coordinación Zonal Centro:**

- Verificar que la historia clínica coincidan con la información ingresada en el sistema de Registro Electrónico del Informe Estadístico de Nacido Vivo del Hospital Regional de Ambato del mes de agosto 2015.
- Verificar que se haya ingresado la información en el REVIT, de acuerdo a las instrucciones de llenado que se impartió en la capacitación del mes de junio 2015, impartida entre INEC e DIGERCIC.
- Solución a las inquietudes y problemáticas evidenciadas en el proceso del registro administrativo de nacido vivo en el Hospital Regional de Ambato
- Registro de las observaciones de los profesionales de la salud, estadísticos y demás actores inmersos en el registro de nacido vivo de los establecimientos de salud, respecto a los nuevos procesos del registro electrónico

**Problemas evidenciados**

DIRECCIÓN FINANCIERA

01 OCT 2015

CONTABILIDAD

10:28  
02/10/2015

- Dar un seguimiento mensual en campo y en escritorio

| ITINERARIO          | SALIDA     | LLEGADA    | NOTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA<br>dd-mmm-aaa | 16-09-2015 | 16-09-2015 | 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<br>hh:mm       | 06:00      | 17:20      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### TRANSPORTE

| TIPO DE TRANSPORTE<br>(Aéreo, terrestre, marítimo, otros) | NOMBRE DE TRANSPORTE | RUTA         | SALIDA               |               | LLEGADA              |               |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
|                                                           |                      |              | FECHA<br>dd-mmm-aaaa | HORA<br>hh:mm | FECHA<br>dd-mmm-aaaa | HORA<br>hh:mm |
| Otro                                                      | VEHÍCULO PARTICULAR  | QUITO-AMBATO | 16-09-2015           | 06:00         | 16-09-2015           | 08:00         |
| Otro                                                      | VEHÍCULO PARTICULAR  | AMBATO-QUITO | 16-09-2015           | 15:45         | 16-09-2015           | 17:20         |

NOTA: No se utilizó el transporte institucional se utilizó transporte particular y no necesita ser reembolsado ningún valor

#### OBSERVACIONES

Para la presente de comisión se utilizó transporte particular, por lo tanto no se requiere que se reembolso ningún valor

#### FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

  
NOMBRE: Carrera María Soledad

#### NOTA

El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días del cumplimiento de servicios institucionales, caso contrario la liquidación se demorará e incluso de no presentarlo tendría que restituir los valores percibidos. Cuando el cumplimiento de servicios institucionales sea superior al número de 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: Soledad Carrera

FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL  
RESPONSABLE DE LA UNIDAD



NOMBRE: Andrés Albán