

# 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                           | No. CUR No. Original                                         |                |             |
| Unid. Desc:                            | 0000                                                     |                                                              | 026 09 2016                                 | 4383                                                         | 4383           |             |
| Tipo Documento Respaldo                |                                                          |                                                              | Clase Documento                             |                                                              | No.            |             |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS |                                                          |                                                              | RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS |                                                              | 6              |             |
|                                        |                                                          |                                                              |                                             |                                                              | No. Expediente |             |
|                                        |                                                          |                                                              |                                             |                                                              | 2163           |             |
| 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 ESTADISTICA Y CENSOS |                                                              |                                             |                                                              |                |             |

## AFECTACION PRESUPUESTARIA

| PG                               | SP | PY  | ACT | ITEM   | UBG  | FTE | ORG  | N. Prest | DESCRIPCION                             | MONTO  |
|----------------------------------|----|-----|-----|--------|------|-----|------|----------|-----------------------------------------|--------|
| 55                               | 00 | 000 | 003 | 530303 | 1701 | 001 | 0000 | 0000     | Viaticos y Subsistencias en el Interior | 598.81 |
| TOTAL PRESUPUESTARIO             |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 598.81 |
| IVA                              |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| SUB - TOTAL                      |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 598.81 |
| RETENCIONES IVA                  |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| TOTAL DEDUCCIONES PRESUPUESTARIO |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| TOTAL A PAGAR                    |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 598.81 |

SON: QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO DOLARES CON 81/100 CENTAVOS

DESCRIPCION: Rendición de la Entidad:64-9999-0 No de fondo: 171 No Entrada: 584

## DATOS APROBACIÓN

| ESTADO               | REGISTRADO:                                                                         | APROBADO:                                                                            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| APROBADO             |  |  |
| FECHA:<br>06/10/2016 | Funcionario Responsable                                                             | Director Financiero                                                                  |





Ministerio  
de Relaciones  
Laborales



instituto nacional de estadística y censos

### INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

019-CGTPE-DEAGA-ESAG-2016

FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa)

15-sep-2016

### DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:  
SALAZAR MÉNDEZ ARMANDO DAVID

PUESTO QUE OCUPA:  
SERVIDOR PÚBLICO 5

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL  
GUAYAQUIL- GUAYAS

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR:  
DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

ARMANDO SALAZAR y WALTER VILLAFUERTE

### INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

Comisión de Servicios a la ciudad de Guayaquil, Jurisdicción de la Dirección Zonal del Litoral durante los días del 29 de agosto al 2 de septiembre y del 05 al 09 de septiembre de 2016.

#### Objetivo:

Capacitar al personal aspirante de campo sobre los instrumentos (manuales y cuestionarios) a utilizarse en el levantamiento de la información en la Encuesta de Superficie y Producción Agropecuaria Continua 2016 y prácticas de campo.

#### Actividades Detalladas con horas.

La Capacitación se desarrolló en la Universidad Laica Vicente Rocafuerte – Guayaquil, en horario de 08H30 a las 17H00 todos los días de conformidad a la agenda establecida para el efecto.

#### 29 Agosto 2016:

Inició de las actividades con la organización de 3 cursos para la capacitación y se desarrolló la instrucción de los siguientes temas: Presentación; Aspectos generales; Objetivos de la encuesta; Ley de Estadística; Estructura del trabajo de campo; Actividades del Encuestador; Sugerencias para realizar la entrevista; metodología; Conceptos y definiciones; Registro de datos en el formulario ESPAC- 02. Se dictó capacitación en el aula No. 2 con 28 aspirantes.

#### 30 agosto 2016

Se desarrolló la instrucción de los siguientes temas: Otras labores del Encuestador; registro de información en el Cuestionario ESPAC 01; Registro de datos generales geográficos; Cap. 1 Características generales de la persona productora; Casos particulares para cobertura; cap. 2 Cultivos y superficie de los terrenos; Cap. 3 Características de uso del suelo.

#### 31 agosto 2016

Se desarrolló la instrucción de los siguientes temas: cap. 4 Cultivos permanentes; Producción y destino de la producción; Prácticas en el cultivo y ejercicios sobre el registro en el cuestionario; Consideraciones y casos especiales. Dudas y repaso hasta el capítulo 4.

#### 01 septiembre 2016

Cap. 5 Cultivos transitorios; ejercicios sobre el registro en el cuestionario; consideraciones y casos especiales; métodos de cálculo de producción por periodos y en diferentes unidades de medida, así como transformación a diferentes estados de cosecha y ventas; Ejercicios.

#### 02 septiembre 2016

Instrucción cap. 6 Árboles o plantas permanentes dispersas Se desarrolló la instrucción de los siguientes temas: Cap. 7 Floricultura en los terrenos; Cap. 8 Ganado vacuno; Cap.9 Ganado porcino; cap.10 ganado ovino, cap. 11 otras especies de ganado; cap. 12 Aves de campo; Ejercicios.

#### 05 septiembre 2016

Se desarrollaron los siguientes temas: cap. 12 Aves de plánteles avícolas; cap. 13 Empleo en los terrenos; modulo ambiental; Ejercicios; cap. 14 Datos adicionales del informante; Carpeta del segmento; Documentación de apoyo y Formulario DELI.

#### 06 septiembre 2016

Se realizó la capacitación práctica para el manejo de cartografía y ubicación de segmentos en el terreno con los siguientes temas:

Formación de grupos de trabajo

Paso calibrado individual

Instrucciones de campo

Manejo y utilización de los materiales cartográficos.

Se trabajó con un grupo de 8 personas a quienes se reforzó conceptos y procedimientos para el registro de la información.

Sau VLS  
15 SEP 2016  
16:30

DIRECCIÓN FINANCIERA

15 SEP 2016

**07 septiembre 2016**

Se realizó la capacitación práctica referente a:

Identificación del área de trabajo

Reconocimiento del segmento

Identificación de suelos y cultivos

Registro de la información en los formularios ESPAC 01 y ESPAC 02

**08 septiembre 2016**

Se continuó con la capacitación Práctica referente a:

Reconocimiento del segmento

Identificación de suelos y cultivos

Registro de la información en el cuestionario ESPAC 01 y formulario ESPAC 02.

**09 septiembre 2016**

Retroalimentación (aclaración de dudas) en la instrucción sobre los temas que presentaron dificultades en la práctica de campo.

Aplicación de la evaluación teórica,

Aplicación de la evaluación, llenado del cuestionario ESPAC 01, en base a un ejercicio práctico.

**Productos :**

Personal aspirante capacitado para el levantamiento de información en campo (llenado de cuestionario ESPAC 01 Y Formularios auxiliares).

Personal capacitado en la codificación y uso de la ortofotografía.

Validación satisfactoria de los instrumentos y materiales a utilizarse en la encuesta.

| ITINERARIO      | SALIDA                   | LLEGADA                  | NOTA                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA dd-mm-aaa | 29-08-2016<br>05-09-2016 | 02-09-2016<br>09-09-2016 | 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      | 05:00<br>05:00           | 23:30<br>21:00           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**TRANSPORTE**

| TIPO DE TRANSPORTE<br>(Aéreo, terrestre, marítimo, otros) | NOMBRE DEL TRANSPORTE | RUTA             | SALIDA               |               | LLEGADA              |               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
|                                                           |                       |                  | FECHA<br>dd-mmm-aaaa | HORA<br>hh:mm | FECHA<br>dd-mmm-aaaa | HORA<br>hh:mm |
| AÉREO                                                     | TAME                  | QUITO- GUAYAQUIL | 29-08-2016           | 07:00         | 29-08-2016           | 08:00         |
| AÉREO                                                     | TAME                  | GUAYAQUIL-QUITO  | 02-09-2016           | 21:00         | 02-09-2016           | 22:00         |
| AÉREO                                                     | TAME                  | QUITO- GUAYAQUIL | 05-09-2016           | 07:00         | 05-09-2016           | 07:55         |
| AÉREO                                                     | TAME                  | GUAYAQUIL-QUITO  | 09-09-2016           | 19:00         | 09-09-2016           | 20:00         |

NOTA: En caso de haber utilizado transporte público, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o boletos.

**OBSERVACIONES**

Adjunto: 4 pases a bordo utilizados

2 hojas de control de Licencia o Comisión de servicio

25 facturas

2 facturas transporte Quito – Tababela para reembolso

2 facturas transporte Tababela – Quito para reembolso

Copias: Unidad de Estadísticas Agropecuarias

**SOLICITUD DE PAGO**

Por medio del presente, mediante la firma de este documento, solicito me autorice el pago de los valores correspondientes a la comisión realizada.



|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO</p>  <p>NOMBRE: Armando Salazar</p> | <p>NOTA</p> <p>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</p> |
| <p align="center"><b>FIRMAS DE APROBACION</b></p>                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO</p>    | <p>FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>NOMBRE: Armando Salazar</p>                                                                                                                                | <p>NOMBRE: Markus Nabernegg</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |





Ministerio  
de Relaciones  
Laborales



**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

Nº SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES  
019-CGTPE-DEAGA-ESAG-2016

FECHA DE SOLICITUD (dd-mm-aaaa)

23-08-2016

SELECCIONE LO QUE REQUIERA SOLICITAR

VIATICOS ☒ MOVILIZACIONES ☒ SUBSISTENCIAS ☐ ALIMENTACION ☐

**DATOS GENERALES**

|                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                                                  |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR<br>SALAZAR MÉNDEZ ARMANDO DAVID                                                                                                                                             |                                       | PUESTO QUE OCUPA<br>SERVIDOR PÚBLICO 5                                                                           |                                                                       |
| CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL<br>GUAYAQUIL - GUAYAS                                                                                                                                                 |                                       | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR<br>DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES |                                                                       |
| FECHA SALIDA (dd-mm-aaaa)<br>29-08-2016<br>05-09-2016                                                                                                                                                               | HORA SALIDA (hh:mm)<br>04:30<br>04:30 | FECHA LLEGADA (dd-mm-aaaa)<br>(LUGAR HABITUAL DE TRABAJO)<br>02-09-2016<br>09-09-2016                            | HORA LLEGADA (hh:mm)<br>(LUGAR HABITUAL DE TRABAJO)<br>20:00<br>20:00 |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL<br>ARMANDO SALAZAR                                                                                                                                                |                                       |                                                                                                                  |                                                                       |
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE: CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN A LOS ASPIRANTES A ENCUESTADORES Y SUPERVISORES DE CAMPO DEL PROYECTO ENCUESTA DE SUPERFICIE Y PRODUCCIÓN AGROPECUARIA CONTINUA- ESPAC 2016. |                                       |                                                                                                                  |                                                                       |

**TRANSPORTE**

| TIPO DE TRANSPORTE<br>(Aéreo, terrestre, otros) | NOMBRE DEL TRANSPORTE | RUTA             | SALIDA              |               | LLEGADA             |               |
|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|
|                                                 |                       |                  | FECHA<br>dd-mm-aaaa | HORA<br>hh:mm | FECHA<br>dd-mm-aaaa | HORA<br>hh:mm |
| AÉREO                                           | TAME                  | QUITO- GUAYAQUIL | 29-08-2016          | 06:00         | 29-08-2016          | 06:50         |
| AÉREO                                           | TAME                  | GUAYAQUIL-QUITO  | 02-09-2016          | 18:00         | 02-09-2016          | 18:50         |
| AÉREO                                           | TAME                  | QUITO- GUAYAQUIL | 05-09-2016          | 06:00         | 05-09-2016          | 06:50         |
| AÉREO                                           | TAME                  | GUAYAQUIL-QUITO  | 09-09-2016          | 18:00         | 09-09-2016          | 18:50         |

**DATOS PARA TRANSFERENCIA**

|                                                                                                                                                                                                                         |                            |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| TIPO DE CUENTA<br>AHORROS                                                                                                                                                                                               | Nº DE CUENTA<br>4953305300 | NOMBRE DEL BANCO<br>BANCO PICHINCHA                       |
| En el caso de no utilizar el boleto emitido para el cumplimiento de la comisión y no justificarlo durante los 8 días siguientes a su emisión, autorizo al MCPEC para que proceda con el descuento del valor respectivo. |                            |                                                           |
| FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE<br>                                                                                                                                                                               |                            | FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE<br> |
| NOMBRE ARMANDO SALAZAR<br>CC 1717189193                                                                                                                                                                                 |                            | NOMBRE ARMANDO SALAZAR                                    |

**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.<br>El informe de servicios institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional.<br>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 MARIA JOSÉ MURGUEITIO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| SI NO                                |                                      |
| EXISTE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA |                                      |
| PROYECTO<br>000                      | FUENTE<br>CC                         |
| ACTIVIDAD<br>003                     | FECHA<br>14/09/2016                  |
|                                      |                                      |
| VISTO ADJUNTO<br>JEFE DE PRESUPUESTO | VISTO EL VICE<br>DIRECTOR FINANCIERO |

DIRECCIÓN FINANCIERA

12/09/2016

