

## 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                                                              | 031 07 2025                                 | 5200                                                         | 5200           |
| Tipo Documento Respaldo                |                                                                   | Clase Documento                             | No.                                                          | No. Expediente |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS |                                                                   | RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS | 6                                                            | 2097           |
| Clase de Registro:                     | REGULARIZACIÓN                                                    | Clase de Gasto:                             | OTROS GASTOS                                                 |                |
| Banco:                                 |                                                                   | Cuenta Monetaria:                           | 1121501 FTE 1 ANTICIPO VIATICOS CORRIENTES RECURSOS FISCALES |                |
| Comprobante                            | GASTOS                                                            | Numero Operación                            | 0                                                            |                |
| Beneficiario:                          | 1768038270001 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS          |                                             |                                                              |                |

## AFECTACION PRESUPUESTARIA

| PG                               | SP | PY  | ACT | ITEM   | UBG  | FTE | ORG  | N. Prest | DESCRIPCION                             | MONTO  |
|----------------------------------|----|-----|-----|--------|------|-----|------|----------|-----------------------------------------|--------|
| 01                               | 00 | 000 | 001 | 530303 | 1701 | 001 | 0000 | 0000     | Viaticos y Subsistencias en el Interior | 160.00 |
| TOTAL PRESUPUESTARIO             |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 160.00 |
| IVA                              |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| SUB - TOTAL                      |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 160.00 |
| RETENCIONES IVA                  |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| TOTAL DEDUCCIONES PRESUPUESTARIO |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 0.00   |
| TOTAL A PAGAR                    |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | 160.00 |

SON: CIENTO SESENTA DOLARES

DESCRIPCION: Rendición de la Entidad:64-9999-0 No de fondo: 2415 No Entrada: 16494

## DATOS APROBACION

| ESTADO               | REGISTRADO:                                                                                                                                                                                              | APROBADO:                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APROBADO             | <br>Firmado electrónicamente por:<br>GABRIELA FERNANDA<br>TAYUPANTA JARAMILLO<br>Validar electrónicamente con Firmas: | <br>Firmado electrónicamente por:<br>JORGE LUIS VERDUGA<br>MOLINA<br>Validar electrónicamente con Firmas: |
| FECHA:<br>31/07/2025 | Funcionario Responsable                                                                                                                                                                                  | Director Financiero                                                                                                                                                                          |

# 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                                                              | 031 07 2025                                 | 5200                                                         | 5200           |
| Tipo Documento Respaldo                |                                                                   | Clase Documento                             | No.                                                          | No. Expediente |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS |                                                                   | RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS | 6                                                            | 2097           |
| 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 ESTADÍSTICA Y CENSOS          |                                             |                                                              |                |

## DEDUCCIONES

| DATOS APROBACION                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO                                      | REGISTRADO:                                                                                                                                                                                                                    | APROBADO:                                                                                                                                                                                                          |
| <b>APROBADO</b><br><br>FECHA:<br>31/07/2025 |  <p>Firmado electrónicamente por:<br/> <b>GABRIELA FERNANDA TAYUPANTA JARAMILLO</b><br/> <small>Validar Autenticidad con FirmAC</small></p> |  <p>Firmado electrónicamente por:<br/> <b>JORGE LUIS VERJUGA MOLINA</b><br/> <small>Validar Autenticidad con FirmAC</small></p> |
|                                             | Funcionario Responsable                                                                                                                                                                                                        | Director Financiero                                                                                                                                                                                                |

### INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

FECHA DE INFORME:

003-CGAF-DIFI-TS-2025

28-07-2025

### DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR  
DIANA MISHELL ORDOÑEZ BARAHONA  
CI: 1724866973

PUESTO QUE OCUPA:  
Servidor Público 1/Asistente de Tesorería

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO  
INSTITUCIONAL  
Esmeraldas-Atacames-Muisne/Esmeraldas

NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL  
SERVIDOR  
Gestión de Tesorería – Dirección Financiera

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: Mishell Ordoñez/ Jorge Luis Cayambe.

### INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

#### OBJETIVO:

- Realizar arqueos sorpresivos de los valores asignados debido a la naturaleza de los fondos.

#### ACTIVIDADES:

**Miércoles 23 de Julio 2025**

- Coordinar las zonas de acuerdo a la planificación enviada por el responsable del Fondo Rotativo.
- Arqueos sorpresivos de los valores desembolsados en efectivo.

**Jueves 24 de Julio 2025**

Se procedió al encuentro con uno de los supervisores del Fondo Rotativo "ENINGHUR" el cual supo manifestar que no le habían depositado ningún valor ya que en esas fechas no se iban a utilizar ninguno de los servicios de "acémila, guías y lanchas" en la zona que él se encontraba.

- Salir a la constatación del trabajo a realizar.
- Regreso a Esmeraldas para la firma del acta de Arqueo de Caja.

**Viernes 25 de Julio 2025**

- Me puse en contacto nuevamente con el supervisor para preguntarle si no se había presentado algún gasto, pero el Sr. Mauricio Ordoñez supo manifestar que no que solo habría unos pequeños gastos de peaje pero que sería máximo unos \$4 y que son gastos que no correspondían al fondo.
- Se procedió con el retorno a Quito.

#### PRODUCTOS ALCANZADOS

Arqueo de fondo con la finalidad de constatar los valores, producto de la constatación física a realizarse, con los rubros presentados por los custodios en los informe de rendición y reposición.

## CONCLUSIONES

- El Arqueo del Fondo Rotativo se lo realizó a uno de los supervisores de acuerdo al cronograma remitido por el responsable del "ENINGHUR", pero al momento de realizar la constatación de los servicios que se iban a contratar me supo manifestar que hasta la fecha del arqueo no hubo necesidad de contratar algún servicio por este motivo al supervisor no le habían depositado ningún dinero.
- Para esto se le hizo firmar al supervisor el acta de arqueo del fondo con una nota en la cual se manifiesta que hasta la fecha del arqueo no se había utilizado dinero para ningún servicio.
- También se realizó el arqueo sorpresivo al responsable del Fondo Rotativo "ENINGUR" el día lunes 21 de Julio y se pudo constatar que hasta la fecha del arqueo en su cuenta tenía \$2.880 de un total de \$3.000 ya que a uno de los supervisores le había hecho una transferencia de \$120 para la contratación de servicios que se requiera en el momento.

## RECOMENDACIONES

- Se debe tener un mejor control y planificación de los gastos que se vayan a tener en el mes con cada uno de los supervisores.
- 

| ITINERARIO          | SALIDA     | LLEGADA    | NOTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA<br>dd-mmm-aaa | 23/07/2025 | 25/07/2025 | 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<br>hh:mm       | 05:30      | 16:30      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 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 |
| TERRESTRE                                                 | VEHÍCULO INSTITUCIONAL | QUITO-ESMERALDAS-ATACAMES | 23-07-2025           | 05:30         | 23-07-2025           | 17:00         |
| TERRESTRE                                                 | VEHÍCULO INSTITUCIONAL | ATACAMES-MUISNE-ATACAMES  | 24-07-2025           | 08:00         | 24-07-2025           | 16:30         |
| TERRESTRE                                                 | VEHÍCULO INSTITUCIONAL | ATACAMES-QUITO            | 25-07-2025           | 08:30         | 25-07-2025           | 16:30         |

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

## OBSERVACIONES

| FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO                                                                                                                                                                                                       | NOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><small>Firmado electrónicamente por:<br/>DIANA MISHELL<br/>ORDONEZ BARAHONA<br/>Validar electrónicamente con FirmasBC</small><br><br>MISHELL ORDOÑEZ | 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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD<br/>DEL SERVIDOR COMISIONADO</p>  <p>Firmado electrónicamente por:<br/>ANGELITA DEL PILAR<br/>SUASNAVAS FLORES<br/>Validar únicamente con FirmaEC</p> | <p>FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DE LA O EL<br/>RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p>  <p>Firmado electrónicamente por:<br/>JORGE LUIS VERDUGA<br/>MOLINA<br/>Validar únicamente con FirmaEC</p> |
| <p>ANGELITA SUASNAVAS<br/>Responsable Gestión de Tesorería</p>                                                                                                                                                                                                                      | <p>Jorge Luis Verduga<br/>Director Financiero</p>                                                                                                                                                                                                                           |



**RESUMEN DE GASTOS DE ALIMENTACION Y HOSPEDAJE EN LICENCIA DE SERVICIOS INSTITUCIONALES**

**LUGAR Y FECHA:** Quito, 28 de Julio 2025  
**NOMBRES Y APELLIDOS:** DIANA MISHELL ORDOÑEZ BARAHONA  
**FECHA DE LA COMISION:** DESDE: 23/07/2025 HASTA: 25/07/2025  
**DESTINO (CIUDAD):** ESMERALDAS  
**Nº DE SOLICITUD:** 003-CGAF-DIFI-TS-2025

**DETALLE DE DOCUMENTOS**

| FECHA      | FACTURA/NOTA DE VENTA Nº | DESCRIPCION  | VALOR         | OBSERVACIONES |
|------------|--------------------------|--------------|---------------|---------------|
| 24/07/2025 | 001-001-150              | ALIMENTACION | 10.00         |               |
| 23/07/2025 | 001-001-659              | ALIMENTACION | 12.50         |               |
| 23/07/2025 | 001-001-482              | ALIMENTACION | 11.00         |               |
| 25/07/2025 | 002-001-346              | HOSPEDAJE    | 70.00         |               |
| 25/07/2025 | 001-003-2485             | ALIMENTACION | 5.00          |               |
| 25/07/2025 | 001-002-1022             | ALIMENTACION | 7.50          |               |
|            |                          |              |               |               |
|            |                          |              |               |               |
|            |                          | <b>TOTAL</b> | <b>116.00</b> |               |

Autorizo al Área Financiera descontar de mi rol de pagos el valor no justificado correspondiente al anticipo de mi Licencia con Remuneración, de conformidad con lo dispuesto en el inciso 2 del Art. 15 "Control y Liquidación" del Acuerdo Nº MDT-2015-0290 publicado en el Suplemento del Registro Oficial Nº 657 del 28 de diciembre del 2015.

  
**FIRMA DEL SERVIDOR**

**PARA USO PROCESO FINANCIERO:**

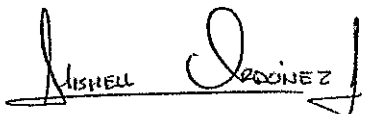
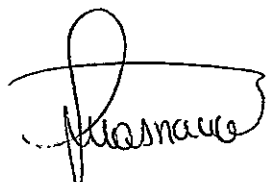
  
**REVISADO POR ERIKA BRAVO**

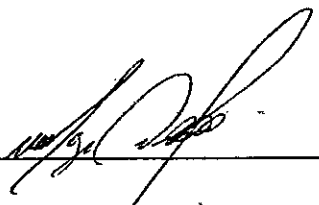
**VALOR ENTREGADO COMO ANTICIPO**  
**30% VALOR A NO JUSTIFICARSE**  
**70% VALOR A JUSTIFICARSE**  
**GASTOS JUSTIFICADOS**  
**VALOR A DESCANTAR**

160 ✓  
 48  
 112  
 116  
 —  
 164



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                        |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |      |                          |
| <b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                        |                          |
| Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES<br><b>Nro.003-CGAF-DIFI-TS-2025</b>                                                                                                                                                                                                              |                                     | FECHA DE SOLICITUD (dd-mm-aaaa)<br><b>09 DE JULIO 2025</b>                             |                          |
| VIÁTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | MOVILIZACIONES                                                                         | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     | SUBSISTENCIAS                                                                          | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     | ALIMENTACIÓN                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| <b>DATOS GENERALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                        |                          |
| APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR<br><b>ORDOÑEZ BARAHONA DIANA MISHELL</b><br>CI: 1724866973                                                                                                                                                                                                                             |                                     | PUESTO QUE OCUPA:<br><b>SERVIDOR PÚBLICO 1/ASISTENTE DE TESORERIA</b>                  |                          |
| CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL<br><b>Esmeraldas- Atacames -Eloy Alfaro-Muisne –Quininde -Río Verde y San Lorenzo. (ESMERALDAS)</b>                                                                                                                                                                              |                                     | NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE LA O EL SERVIDOR<br><b>DIRECCIÓN FINANCIERA</b> |                          |
| FECHA SALIDA (dd-mm-aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | HORA SALIDA (hh:mm)                 | FECHA LLEGADA (dd-mm-aaaa)                                                             | HORA LLEGADA (hh:mm)     |
| <b>23/07/2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>06:00AM</b>                      | <b>25/07/2025</b>                                                                      | <b>19:00</b>             |
| SERVIDORES QUE INTEGRAN LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES:<br><b>Mishell Ordoñez</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                        |                          |
| DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A EJECUTARSE<br><ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar el proceso de arqueo in situ, esto con la finalidad de constatar los valores producto de la constatación física a realizarse, con los rubros presentados por los custodios en los informe de rendición y reposición.</li> </ul> |                                     |                                                                                        |                          |
| <b>TRANSPORTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                        |                          |

|                                                                                     |                        |                        | dd-mm-aaaa        | hh:mm                                                                                | dd-mm-aaaa        | hh:mm        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|
| TERRESTRE                                                                           | VEHICULO INSTITUCIONAL | Quito – Esmeraldas     | <b>23/07/2025</b> | <b>06:00</b>                                                                         | <b>23/07/2025</b> | <b>12:00</b> |
| TERRESTRE                                                                           | VEHICULO INSTITUCIONAL | Esmeraldas- Esmeraldas | <b>23/07/2025</b> | <b>12:00</b>                                                                         | <b>23/07/2025</b> | <b>16:45</b> |
| TERRESTRE                                                                           | VEHICULO INSTITUCIONAL | Esmeraldas- Esmeraldas | <b>24/07/2025</b> | <b>08:00</b>                                                                         | <b>24/07/2025</b> | <b>16:45</b> |
| TERRESTRE                                                                           | VEHICULO INSTITUCIONAL | Esmeraldas- Esmeraldas | <b>25/07/2025</b> | <b>08:00</b>                                                                         | <b>25/07/2025</b> | <b>12:00</b> |
| TERRESTRE                                                                           | VEHICULO INSTITUCIONAL | Esmeraldas- Quito      | <b>25/07/2025</b> | <b>12:00</b>                                                                         | <b>25/07/2025</b> | <b>19:00</b> |
| <b>DATOS PARA TRANSFERENCIA</b>                                                     |                        |                        |                   |                                                                                      |                   |              |
| NOMBRE DEL BANCO:                                                                   |                        | TIPO DE CUENTA:        |                   | No. DE CUENTA:                                                                       |                   |              |
| <b>BANCO PICHINCHA</b>                                                              |                        | <b>AHORROS</b>         |                   | <b>2203351394</b>                                                                    |                   |              |
| FIRMA DE LA O EL SERVIDOR SOLICITANTE                                               |                        |                        |                   | FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE                                |                   |              |
|  |                        |                        |                   |  |                   |              |
| NOMBRE DE LA O EL SERVIDOR                                                          |                        |                        |                   | NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD SOLICITANTE                               |                   |              |
|                                                                                     |                        |                        |                   | <b>Mgs. Angelita Suasnavas Flores</b>                                                |                   |              |

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diana Mishell Ordoñez Barahona                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| FIRMA DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|             | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubsistentes</li> <li>• El Informe de Servicios Institucionales deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplido el servicio institucional</li> </ul> |
| <p>NOMBRE DE LA AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO</p> <p><b>Ing. Jorge Luis Verduga</b></p> | <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

# CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

|                  |                                                              |                   |                      |    |    |
|------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|----|----|
| Institucion:     | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS                  | NO. CERTIFICACION | FECHA DE ELABORACIÓN |    |    |
| Unid. Ejecutora: | INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS - PLANTA CENTRAL | 1220              | 11                   | 07 | 25 |
| Unid. Desc:      |                                                              |                   |                      |    |    |

|                                        |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO RESPALDO             | CLASE DE DOCUMENTO RESPALDO    |
| COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS | COMPROMISO NORMAL OTROS GASTOS |

|                   |     |                |     |
|-------------------|-----|----------------|-----|
| CLASE DE REGISTRO | COM | CLASE DE GASTO | OGA |
|-------------------|-----|----------------|-----|

# CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

| PG                   | SP | PY  | ACT | ITEM   | UBG  | FTE | ORG  | N. Prest | DESCRIPCION                             | MONTO    |
|----------------------|----|-----|-----|--------|------|-----|------|----------|-----------------------------------------|----------|
| 01                   | 00 | 000 | 001 | 530303 | 1701 | 001 | 0000 | 0000     | Viaticos y Subsistencias en el Interior | \$160.00 |
| TOTAL PRESUPUESTARIO |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         | \$160.00 |
| TOTAL                |    |     |     |        |      |     |      |          |                                         |          |

SON: CIENTO SESENTA DOLARES

## DESCRIPCION:

CERTIFICACIÓN ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA PARA VIATICOS A ESMERALDAS-ATACAMES, MES JULIO 2025, PARA ARQUEO DE CAJA, SEGUN MEMORANDO DE PROGRAMACIÓN INEC-DIPLA-2025-0573-M Y REQUERIMIENTO INEC-CGAF-DIFI-TS-2025-0241-M.LPEC

## DATOS APROBACIÓN

| ESTADO               | REGISTRADO:                                                                                                                                                                                                 | APROBADO:                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APROBADO             |  <p>Firmado electrónicamente por:<br/>PAULINA ELIZABETH CAJAMARCA TASIGUANO<br/>Firmado electrónicamente con Firmas:</p> |  <p>Firmado electrónicamente por:<br/>JORGE LUIS VERDUGA MOLINA<br/>Firmado electrónicamente con Firmas:</p> |
| FECHA:<br>11/07/2025 | Funcionario Responsable                                                                                                                                                                                     | Director Financiero                                                                                                                                                                             |

