

COMPROBANTE UNICO DE REGISTRO

Institucion:

064

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS

U. Ejecutora:

0005

COORDINACION ZONAL 8 - INEC

Unid. Desc:

0000

Reporte

rptComprobanteGastos.rdlc

Fecha Elaboración

017

06

2025

No. CUR

3922

No. Original

3425

Tipo Documento Respaldo

COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS

Clase Documento

LIQUIDACION DE GASTOS

No.

INEC-CZ8L-2025-1051-M

No. Expediente

1610

Clase de Registro:

DEVENGADO

Clase de Gasto:

OTROS GASTOS

RPA

RTO

DEV

Banco:

BANCO DEL PACIFICO

Cuenta Monetaria:

1053959841

Comprobante

GASTOS

Numero Operación

0

Beneficiario:

1804014411

PAREDES SANCHEZ CARLOS ALBERTO

AFECTACION PRESUPUESTARIA											
PG	SP	PY	ACT	ITEM	UBG	FTE	ORG	N. Prest	DESCRIPCION		MONTO
55	00	000	007	530303	0901	001	0000	0000	Viaticos y Subsistencias en el Interior		80.00
TOTAL PRESUPUESTARIO											80.00
IVA											0.00
SUB - TOTAL											80.00
RETENCIONES IVA											0.00
TOTAL DEDUCCIONES PRESUPUESTARIO											0.00
TOTAL A PAGAR											80.00
SON: OCHENTA DOLARES											
DESCRIPCION: CARLOS ALBERTO PAREDES SANCHEZ.-PAGO DE VIATICOS POR COMISION\SERVICIOS REALIZAR ACT\INSTRUCCION EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PROY. VITALES DEL 19 AL 20 MAY-2025 EN PROV. LOS RIOS SEGUN INF. 132-CZ8L-GPRAZ-2025, DE ACUERDO A MEMO AUT. NRO. INEC-CZ8L-2025-1051-M, CERT. 680, FTE. 001, MVQ											

DATOS APROBACIÓN		
ESTADO	REGISTRADO:	APROBADO:
APROBADO FECHA: 17/06/2025	Funcionario Responsable	Director Financiero

COMPROBANTE UNICO DE REGISTRO									
Institucion:	064	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS				Reporte		rptComprobanteGastos.rdlc	
U. Ejecutora:	0005	COORDINACION ZONAL 8 - INEC				Fecha Elaboración		No. CUR	No. Original
Unid. Desc:	0000					017	06	2025	3922 3425
Tipo Documento Respaldo			Clase Documento			No.		No. Expediente	
COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS			LIQUIDACION DE GASTOS			INEC-CZ8L-2025-1051-M		1610	
Clase de Registro:	DEVENGADO		Clase de Gasto:	OTROS GASTOS		RPA RTO DEV			
Banco:	BANCO DEL PACIFICO		Cuenta Monetaria:	1053959841					
Comprobante	GASTOS		Numero Operación		0				
Beneficiario:	1804014411		PAREDES SANCHEZ CARLOS ALBERTO						
DEDUCCIONES									

DATOS APROBACIÓN		
ESTADO	REGISTRADO:	APROBADO:
APROBADO		
FECHA: 17/06/2025	 Funcionario Responsable	 Director Financiero

LIQUIDACIÓN DE VIÁTICOS

DE INFORME
132

DETALLE						
CEDULA	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE INICIO DE LA COMISION	FECHA FIN DE LA COMISION	DESCRIPCION DE LA COMISION	RMU	OBSERVACION
1804014411	PAREDES SANCHEZ CARLOS ALBERTO	19/5/2025	20/5/2025	COMISIÓN DE SERVICIOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE INSTRUCCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PROYECTO VITALES	675.00	DE GUAYAQUIL A PROV. LOS RIOS 176 KM, SE JUSTIFICA MAS DEL 70% Y SE RECONOCE \$ 80 SEGÚN LO INDICADO EN LA NORMA TECNICA PARA PAGO DE VIATICOS POR 1 DIA

LIQUIDACIÓN DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS

DATOS PARA EL CALCULO						COMPROBANTES DE VENTA			REEMBOLSOS		
NIVEL	DIARIO DE VIATICO	# DIAS	TOTAL DE VIATICO Y SUBSISTENCIA	VALOR A JUSTIFICAR (70%)	30% del VIATICO	NO PROCEDE	PROCEDEN		COMBUSTIBLE	PEAJE	MOVILIZACION / PASAJE
						VARIOS (*)	HOSPEDAJE	ALIMENTACION			
CRITICO - CODIFICADOR - DIGITADOR ZONAL	80,00	1	80,00	56,00	24,00	-	34,99	37,00			

TOTAL A PAGAR

80,00

Elaborado por:

DANNY CARVACHE MEDINA



RESUMEN DE GASTOS DE ALIMENTACIÓN Y HOSPEDAJE EN
LICENCIA CON REMUNERACIÓN

LUGAR Y FECHA:

Guayaquil, mayo 21 del 2025

NOMBRES Y APELLIDOS:

Carlos Alberto Paredes Sánchez

FECHA DE COMISION:

DESDE: 19/05/2025 HASTA: 20/05/2025

DESTINO (CIUDAD):

Los Ríos

N° DE SOLICITUD:

132 - CZ8L – GPRAZ – 2025

DETALLE DE DOCUMENTOS

FECHA	RUC	Nº FACTURA/NOTA DE VENTA	DESCRIPCION	VALOR TOTAL FACTURA	OBSERVACIONES
19/05/2025	1204864183001	002-002-000097243	CONSUMO DE ALIMENTOS	\$15,00	FACTURA
19/05/2025	1206605915001	005-001-000002057	CONSUMO DE ALIMENTOS	\$12,00	NOTA DE VENTA
20/05/2025	1206605915001	005-001-000002062	CONSUMO DE ALIMENTOS	\$10,00	NOTA DE VENTA
19/05/2025	1707536718001	001-002-000001678	DIAS HOSPEDAJE	\$34,99	FACTURA -1 noche de hospedaje
			TOTAL:	\$71,99	



Firmado electrónicamente por:
**CARLOS ALBERTO
PAREDES SANCHEZ**
Validar únicamente con Firma@C

FIRMA DE RESPONSABILIDAD

NO PROCEDE: \$0,00
HOSPEDAJE: \$34,99
ALIMENTACIÓN: \$37,00
TOTAL: \$71,99

VALOR ENTREGADO COMO ANTICIPO

\$80 (saldo del anticipo otorgado en SC124)

VALOR A NO JUSTIFICARSE

\$24

VALOR A JUSTIFICARSE

\$56

GASTOS JUSTIFICADOS

\$71,99

VALOR A DESCONTAR

PARA USO PROCESO

FINANCIERO:

REVISADO POR

INFORME DESERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS
INSTITUCIONALES

132 - CZ8L - GPRAZ - 2025

FECHA DE INFORME (dd-mm-aaaa)

21/05/2025

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR
PAREDES SÁNCHEZ CARLOS ALBERTO
C.I. 1804014411

PUESTO QUE OCUPA:

SERVIDOR PÚBLICO DE APOYO 3 (SPA3)

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO
INSTITUCIONAL
LOS RIOS

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

UNIDAD DE REGISTROS ADMINISTRATIVOS

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

CARLOS PAREDES SÁNCHEZ

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

ANTECEDENTES:

En atención al **Memorando Nro. INEC-CZ8L-2025-1001-M**, y al Memorando de Alcance **Nro. INEC-CZ8L-2025-1051-M**, donde autorizan la salida de Comisión, del 19 al 20 de Mayo 2025.

OBJETIVOS:

- ✓ Instrucción a informantes de los establecimientos de salud sobre el correcto llenado del formulario de Egresos Hospitalarios 2025 y Camas Hospitalarias 2025 y Recursos y Actividades de Salud 2024.
- ✓ Recolección, pre-crítica y análisis de la información dentro de los formularios diligenciados.
- ✓ Actualización de Directorio Establecimientos de Salud 2025: Jefes departamentales e informantes directos.

RUTA DE COMISIÓN:

<u>PROVINCIA</u>	<u>CANTON</u>	<u>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</u>	<u>FECHA</u>	<u>ACTIVIDADES REALIZADAS</u>
LOS RIOS	BABAHOYO	HOSPITAL BASICO DE LA MUJER Y EL NIÑO	19/5/2025 - 20/05/2025	* Supervisión Estadísticas de Salud 2025 Morbilidad (Egresos - Camas Hospitalarias) Mortalidad (Defunciones Generales) RAS (Recursos y Actividades de Salud 2024)
		HOSPITAL BOLIVAR		
	QUEVEDO	HOSPITAL SANTA CECILIA		
		HOSPITAL PEDRO MARTINETTI		
		HOSPITAL DEL DIA MUJER A MUJER		

		HOSPITAL GENERAL QUEVEDO (IESS)		
	VENTANAS	HOSPITAL DEL DIA ANDRADE		
		HOSPITAL DEL DIA INTERNACIONAL		
	PUEBLOVIEJO	HOSPITAL DEL DIA SAN JUAN		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES:

LUNES 19 AL MARTES 20 DE MAYO 2025:

- ✓ Organizada y programada la ruta de comisión del 19 al 20 de Mayo 2025, se procedió a coordinar mediante llamada telefónica la visita a cada Establecimientos de Salud de la Provincia de Los Ríos; con la finalidad de realizar la revisión y análisis de los registros recibidos de la Estadística de Egresos y Camas Hospitalarias en Morbilidad y Defunciones Generales en Mortalidad; las cuales tenían observaciones en las afecciones (diagnósticos - patologías) de egreso o alta médica por los siguientes motivos:
 - Descripciones sintomatológicas (signos y síntomas).
 - Descripción de procedimientos (apendicetomía, colecistectomía, histerectomía).
 - Descripción de métodos de extracción del recién nacido (cesáreas de emergencia)
 - Descripción inadecuada e inespecífica de causas de Mortalidad o de fallecimiento de los pacientes.
- ✓ En cada Establecimiento de Salud visitado y capacitado, se contó con la presencia del personal estadístico (encargado de registrar y llenar los formularios INEC, recolectando datos de las áreas que los generan) y al personal médico (encargado directamente de la atención médica y generación del insumo de información que será receptado por el INEC para la tabulación a Códigos CIE-10, necesarios para la generación de estadísticas públicas de salud).
- ✓ Se realizó la supervisión y recolección de información faltante de la Estadística de Recursos y Actividades de Salud (RAS 2024).

MORBILIDAD (Egresos Hospitalarios)

- Las Estadísticas de Morbilidad se utilizan en la formulación de políticas y programas de Salud y su administración, seguimiento y evaluación, en epidemiología, en la identificación de poblaciones expuestas a riesgos específicos y en la investigación clínica (incluyendo estudios sobre la incidencia de enfermedades en los diferentes grupos socioeconómicos).



- **Afección principal:**
 - Enfermedad (Afección) o Trastorno, diagnosticado al final del proceso de atención de la salud como la **causa primaria** de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente.
 - Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.
- **Otras Afecciones:**
 - Aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente.
- **Causas Externas:**
 - Traumatismos.

MORTALIDAD (Defunciones Generales)

- Las Estadísticas de Mortalidad permiten lograr que el país cuente con información relevante y actualizada sobre la situación de salud de su población.
- Mejorar la calidad de los datos recogidos considerando su integralidad, oportunidad y exactitud.

DEFINICIONES (OMS)

CAUSA DIRECTA O INMEDIATA

Es la enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente.

CAUSA ANTECEDENTE, O INTERMEDIA

Es toda enfermedad o afección que haya ocurrido entre la causa directa de la muerte y la causa básica de la defunción y como complicación de esta última, siendo a la vez desencadenante de la causa directa o inmediata

CAUSA BÁSICA ó FUNDAMENTAL DE DEFUNCIÓN

Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

- Para conocimiento y aplicación de la parte Medica se hizo énfasis en que conozcan el uso y manejo del sistema de descarga de formularios INEC para Médicos particulares:
https://aplicaciones3.ecuadorencifras.gob.ec/descargar_formulario-war/

RECURSOS Y ACTIVIDADES DE SALUD (RAS 2024)

- En cada Establecimiento de Salud que se tenía programado visitar se solventaron dudas y novedades sobre el correcto llenado del Formulario Estadístico de RAS 2024.

PAG 3					
Bloque 03					
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA (Consulta Externa)					
(SI EN SU ESTABLECIMIENTO TIENE MENOS DE 10 CAUSAS DE MORBILIDAD FAVOR REGISTRAR TODAS)					
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA MUJERES (Consulta Externa)					
SEC	PREG	COD. CIE-10	PREG	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS
1	558		559		
2	560		561		
3	562		563		
4	564		565		
5	566		567		
6	568		569		
7	570		571		
8	572		573		
9	574		575		
10	576		577		
11	580	TOTAL		0	

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA HOMBRES (Consulta Externa)					
SEC	PREG	COD. CIE-10	PREG	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS

Esta parte esta dirigida al responsable del manejo de los desechos generados en establecimientos de salud

Nombre del responsable:		INEC:	
Apellido del responsable:		SI REGISTRA LA PALABRA "GADERE" DEBE	
Número de teléfono:		SEY CAMBIADA POR EL NOMBRE DEL	
Correo electrónico:		RESPONSABLE DE DESECHOS SANITARIOS.	

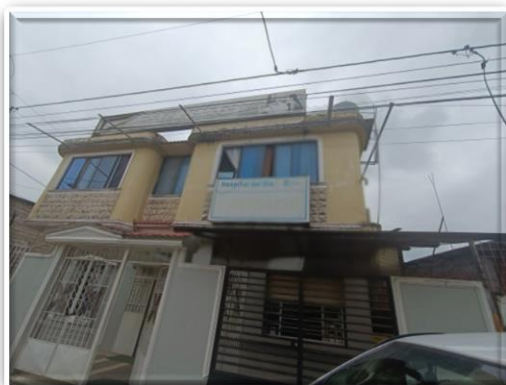
Se entiende por Desechos sanitarios a los desechos infecciosos que contienen patógenos y representan un riesgo para la salud humana y el ambiente, es decir son aquellos que cuentan con características de peligrosidad biológica - infecciosa

Los desechos sanitarios son biológico - infecciosos, corto-punzantes, anatomopatológicos.

SEC	GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONTROL DE DESECHOS SANITARIOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	PREG	SI/NO	INEC:
1	¿Conoce usted la normativa que regula la gestión integral de los residuos y desechos generados en los Establecimientos de Salud?	1501		OBLIGATORIAMENTE TODOS LOS CAMPOS DEBEN ESTAR LLENOS CON LA OPCIÓN SI O NO.
2	¿Dentro de su establecimiento de salud, se lleva un registro de la generación de desechos sanitarios?	1502		
3	¿Dentro de su establecimiento de salud, cuenta con un plan de gestión de la generación de desechos sanitarios?	1503		
4	¿Su establecimiento de salud ha realizado la autoevaluación de la gestión interna de desechos?	1504		
5	¿Su establecimiento de salud cuenta con un programa de capacitación de desechos?	1505		

PAG 1 PAG 2 PAG 3 PAG 4 PAG 5 PAG 6 PAG 7 PAG 8 PAG 9 PAG 10

REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA COMISIÓN:



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- ✓ Como conclusión se determina que la programación y coordinación de cada visita y capacitación permite realizarlas de manera adecuada y sobre todo que los Establecimientos de Salud y su personal médico - estadístico formen parte de las mismas, con la finalidad de obtener datos estadísticos de salud confiables; se cumplió con la cobertura del 100%, de los Establecimientos programados.
- ✓ Se recomienda en lo posible mantener las capacitaciones presenciales y los procesos de inducción a los diferentes Establecimientos de Salud (en todas sus áreas de atención y niveles de docencia), lo que

complementará cada una de las estadísticas de salud que manejamos en pro mejorar la calidad de información en favor de la población.						
ITINERARIO		SALIDA	LLEGADA	NOTA		
FECHA dd-mm-aaaa		19-05-2025	20-05-2025	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		07:00	18:00			
TRANSPORTE						
TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, marítimo, otros)	NOMBRE DE TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	VEHICULO DE CONTRATO	GUAYAQUIL - LOS RIOS - GUAYAQUIL	19-05-2025	07:00	20-05-2025	18:00
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			
Carlos Paredes Sánchez Miembro de Equipo			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			FIRMA DE LA O EL JEFE INMEDIATO DELA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD			
Mat. Alexandra Enriquez Unidad de Registros Administrativos			Ing. Vanessa Zambrano Zambrano. Coordinadora Zonal 8 INEC.			