

COMPROBANTE UNICO DE REGISTRO

Institucion:	180 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO	Reporte	rptComprobanteGastos.rdlc			
U. Ejecutora:	0000	Fecha Elaboración			No. CUR	No. Original
Unid. Desc:	0000	020	03	2026	1565	1565
Tipo Documento Respaldo		Clase Documento		No.	No. Expediente	
COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS		RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS		6	1171	

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:	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO					

AFECTACION PRESUPUESTARIA

PG	SP	PY	ACT	ITEM	UBG	FTE	ORG	N. Prest	DESCRIPCION	MONTO
01	00	000	003	530303	0601	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: Rendición de la Entidad:180-0-0 No de fondo: 9 No Entrada: 16

DATOS APROBACIÓN		
ESTADO	REGISTRADO:	APROBADO:
APROBADO		
FECHA: 20/03/2026	 Funcionario Responsable	 Director Financiero

COMPROBANTE UNICO DE REGISTRO

Institucion:	180 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO	Reporte	rptComprobanteGastos.rdlc		
U. Ejecutora:	0000	Fecha Elaboración		No. CUR	No. Original
Unid. Desc:	0000	020	03	2026	1565 1565
Tipo Documento Respaldo		Clase Documento		No.	No. Expediente
COMPROBANTES ADMINISTRATIVOS DE GASTOS		RENDICION DE FONDOS SIN DETALLE DE FACTURAS		6	1171

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:	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO					

DEDUCCIONES

DATOS APROBACIÓN		
ESTADO	REGISTRADO:	APROBADO:
APROBADO FECHA: 20/03/2026	_____ Funcionario Responsable	_____ Director Financiero



INFORME DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: 001

FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaaa): 13-03-2026

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DE LA O EL SERVIDOR:

DIEGO ARMANDO SANTOS PAZOS

PUESTO QUE OCUPA:

DOCENTE

CIUDAD - PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL:

CUENCA - AZUAY

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL:

1. MsC. Diego Santos
2. Ph.D. Manuel Cañas

INFORME DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ALCANZADOS

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A CUMPLIRSE: Asistir al "Taller para la elaboración y validación de preguntas de opción múltiple -Psicología Clínica." La jornada de trabajo se realizará de manera presencial en la ciudad de Cuenca, los días 10 y 11 de marzo de 2026

Lugar: Universidad Católica de Cuenca - Auditorio de la casa matriz. Dirección: Humboldt y Av. de las Américas.

CANTIDAD DE FACTURAS:

3

NUMERACIÓN DE FACTURAS:

1. 001-001-000001519
2. 001-100-000004237
3. 003-002-000002364

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA: 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.
FECHA(dd-mmm-aaaa)	10-03-2026	11-03-2026	
HORA(hh:mm)	4:00 h	21:00h	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE (Aéreo, terrestre, otros)	NOMBRE DEL TRANSPORTE	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
TERRESTRE	1 VEHÍCULO INSTITUCIONAL	Riobamba - Cuenca	10-03-2026	4:00 h	10-03-2026	9:00h
TERRESTRE	1 VEHÍCULO INSTITUCIONAL	Cuenca - Riobamba	11-03-2026	16:00 h	11-03-2026	21:00h

NOTA: En caso de haber utilizado: 1) Transporte público aéreo, fluvial o terrestre, se deberá adjuntar obligatoriamente los pases a bordo o pasajes

OBSERVACIONES

FIRMA DE LA O EL SERVIDOR COMISIONADO

MsC. Diego Santos

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

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 JEFE INMEDIATO DE LA O EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Dr. Vinicio Moreno

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FIRMA DE LA MÁXIMA AUTORIDAD O SU DELEGADO/A

Ph.D. Nicolay Samaniego E.

RECTOR UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO