



ACCIÓN DE PERSONAL

Nro. IESS-HCAM-CGTH-2026-0221

FECHA DE ELABORACIÓN

9 de febrero de 2026

SOBREVILLA ARIAS DANA ESTEFANIA

APELLIDOS

NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

NRO. DE IDENTIFICACIÓN

RIGE:

CÉDULA

1721985339

DESDE (dd-mm-aaaa)

16 de febrero de 2026

HASTA (dd-mm-aaaa) (cuando aplica)

2 de marzo de 2026

Escoja una opción (según lo estipulado en el artículo 21 del Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público)

INGRESO	<input type="checkbox"/>	TRASPASO	<input type="checkbox"/>	INCREMENTO RMU	<input type="checkbox"/>	REVISIÓN CLASI. PUESTO	<input type="checkbox"/>
REINGRESO	<input type="checkbox"/>	CAMBIO ADMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/>	SUBROGACIÓN	<input type="checkbox"/>	OTRO (DETALLAR)	<input type="checkbox"/>
RESTITUCIÓN	<input type="checkbox"/>	INTERCAMBIO VOLUNTARIO	<input type="checkbox"/>	ENCARGO	<input type="checkbox"/>		
REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	LICENCIA	<input type="checkbox"/>	CESACIÓN DE FUNCIONES	<input type="checkbox"/>		
ASCENSO	<input type="checkbox"/>	COMISIÓN DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	DESTITUCIÓN	<input type="checkbox"/>		
TRASLADO	<input type="checkbox"/>	SANCIONES	<input type="checkbox"/>	VACACIONES	<input checked="" type="checkbox"/>		

EN CASO DE REQUERIR ESPECIFICACIÓN DE LO SELECCIONADO:

* PRESENTÓ LA DECLARACIÓN JURADA (número 2 del art. 3 RLOSEP)

SI

NO APLICA

MOTIVACIÓN: (adjuntar liquidacion de vacaciones)

EXPLICACIÓN: La Gerente General (E) del Hospital de Especialidades "Carlos Andrade Marín"; en ejercicio de la delegación concedida mediante Resolución Administrativa No. IESS-DG-2026-0014-R, del 21 de enero de 2026, suscrita por el Mgs. Marco Javier Maldonado Carrasco, a la fecha, Director General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en uso de sus atribuciones:

RESUELVE: Suscribir el permiso del ejercicio del derecho a a vacaciones a favor del servidor SOBREVILLA ARIAS DANA ESTEFANIA – LABORATORISTA CLINICO 1 del Hospital de Especialidades "Carlos Andrade Marín", que inicia desde **16 de febrero hasta el 2 de marzo del 2026**.

BASE LEGAL: Art. 23 literal g), Art. 29 de la Ley Orgánica de Servicio Público – LOSEP, Art. 21, Art 27, Art. 28, Art 32 del Reglamento a la Ley Organica del Servicio Publico.

SITUACION ACTUAL

SITUACION PROPUESTA

PROCESO INSTITUCIONAL: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "CARLOS ANDRADE MARIN"

PROCESO INSTITUCIONAL: (ESCOGER DE LA LISTA DESPLEGABLE)

NIVEL DE GESTIÓN:

DIRECCION TECNICA HCAM

UNIDAD ADMINISTRATIVA:

UNIDAD TECNICA DE PATOLOGIA CLINICA DEL H.C.A.M.

LUGAR DE TRABAJO:

QUITO

DENOMINACIÓN DEL PUESTO:

LABORATORISTA CLINICO 1

GRUPO OCUPACIONAL:

SP 5

GRADO:

11

REMUNERACIÓN MENSUAL:

1212

PARTIDA INDIVIDUAL:

51422

NIVEL DE GESTIÓN: (VICEMINISTERIO, SUBSECRETARÍA, COORDINACIÓN, ETC)

UNIDAD ADMINISTRATIVA: (UNIDAD, GESTIÓN INTERNA)

LUGAR DE TRABAJO: (CIUDAD)

DENOMINACIÓN DEL PUESTO:

GRUPO OCUPACIONAL:

GRADO:

REMUNERACIÓN MENSUAL:

PARTIDA INDIVIDUAL:

POSESIÓN DEL PUESTO

YO, _____
JURO LEALTAD AL ESTADO ECUATORIANO.

CON NRO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____

LUGAR: _____ FECHA: _____

** (EN CASO DE GANADOR DE CONCURSO DE MÉRITOS Y OPOSICIÓN)

FIRMA: _____ SERVIDOR PÚBLICO

NRO. ACTA FINAL

FECHA

RESPONSABLES DE APROBACIÓN

DIRECTOR (A) O RESPONSABLE DE TALENTO HUMANO

AUTORIDAD NOMINADORA O SU DELEGADO

FIRMA: _____
NOMBRE: ING. ANDRES DAVID MURILLO ARROYO
PUESTO: COORDINADOR GENERAL DE TALENTO HUMANO (E)

FIRMA: _____
NOMBRE: MGS. LIDIA MARIBEL LOPEZ CARRERA
GERENTE GENERAL (E)
PUESTO: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN

RESPONSABLES DE FIRMAS

ACEPTACIÓN Y/O RECEPCIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO FIRMA: _____ NOMBRE: SOBREVILLA ARIAS DANA ESTEFANIA FECHA: _____ HORA: _____	EN CASO DE NEGATIVA DE LA RECEPCIÓN (TESTIGO) FIRMA: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____ RAZÓN: En presencia del testigo se deja constancia de que la o el servidor público tiene la negativa de recibir la comunicación de registro de esta acción de personal.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN	RESPONSABLE DE REVISIÓN	RESPONSABLE DE REGISTRO Y CONTROL
FIRMA: _____ NOMBRE: TLGO. FERNANDO DAVID ZAMBRANO ANDRADE PUESTO: OFICINISTA	FIRMA: _____ NOMBRE: MGS. DANNY JOSE CONDOY MEDINA PUESTO: ADMINISTRADOR	FIRMA: _____ NOMBRE: ING. DIAZ MATAILO WALTER DIEGO PUESTO: OFICINISTA

**** USO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO**

REGISTRO DE NOTIFICACIÓN AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA ACCIÓN DE PERSONAL (primer inciso del art. 22 RGLOSEP, art. 101 COA , art. 66 y 126 ERIAFE)

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA:

FECHA: _____

HORA: _____

** MEDIO: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE QUE NOTIFICÓ

NOMBRE: _____
PUESTO: _____

** Si la comunicación fue electrónica se deberá colocar el medio por el cual se notificó al servidor; así como, el número del documento.