



FECHA: **13/11/2025**

AGENTE DE CONTROL DEL ESTACIONAMIENTO

TARIFADO SIMERT

000003088

Nombre: **Mario Uribe**

Hora: **09:14 AM**

Dirección: **Av. Guayaquil y Gran Colombia**

Mario Uribe

FIRMA

Observación:

**Mal uso del Estacionamiento ya
que al Señor Osorio se le coloco
el vehículo en un garaje autorizado
frente a General Romeo.**

Nota: La Presente Notificación podrá ser impugnada en las Oficinas de la EMPT-G, en el término de tres días contados a partir de la fecha indicada en la Notificación.

El pago por concepto de multas se debe realizar en la ventanilla de Cobros de la EPMT-G.



No. PLACA: **OBA - 7670**

NOTIFICACIÓN SIMERT EL GUABO

De conformidad a lo establecido en el Art. 29 de la ordenanza de creación, regulación y funcionamiento del Sistema Municipal de Estacionamiento Rotativo Tarifado del Cantón El Guabo SIMERT-EL GUABO, se procede a reportar el siguiente incumplimiento:

- a) Ausencia de la Tarjeta.
- b) Exceder el tiempo al que corresponde el valor de la tasa pagada por el usuario, o el tiempo máximo permitido de parqueo, o la persona que ocupare el espacio de parqueo sin cancelar la tasa.
- c) Alteración y/o falsificación de la tarjeta prepagada u otro medio definido por la Empresa Pública Municipal de Tránsito de El Guabo
- d) Uso de espacio público no autorizado dentro de la zona regulada con prohibición para estacionar.
- e) Mal uso de la Autorización Emitida por la Empresa.
- f) Remolque de moto con grúa por mal uso del sistema
- g) Remolque de vehículo liviano con grúa por mal uso del sistema.
- h) Mal uso de espacio público con acceso a garajes autorizados.
- i) Colocar objetos destinados a reservar espacios de la vía pública urbana como zona de estacionamiento
- j) Detener o estacionar el vehículo obstaculizando el espacio asignado para paradas de transporte público y comercial.
- k) Retirar, intentar retirar los candados inmovilizadores, rodar con los candados instalados y causar deterioros o daños a estos.

El Guabo 14 de noviembre del 2025

Abg. William Valle Chávez

Director de empresa pública municipal de tránsito el Guabo

De mis consideraciones

Yo Santiago Alfonso Asanza Vega de nacionalidad ecuatoriana mayor de edad con numero de cedula 0705992287. Ante usted muy respetuosamente me dirijo:

El día Jueves 13 de noviembre recibí una llamada pidiendo ayuda de nuestro vecino Walther Guerrero Jaime que lo movilicé hasta el cantón el guabo ya que el día miércoles 12 de noviembre se había acercado a el edificio de fiscalía donde se le había quedado su cedula de identidad, viendo su angustia por ser una persona mayor de edad mi señora madre acude a su ayuda ya que ella también tenía que ir a fiscalía.

El estado de ansiedad del adulto mayo por retirar su documento y dirigirse a Machala para retirar el cuerpo de su hijo en la morgue, abre la puerta estando el movimiento el vehículo donde obliga a orillarse para estacionarse donde nunca se observo conos ni un letrero visible que nos permita ver que era zona prohibida de estacionamiento, al retornar nos percatamos que existe una citación sobre el parabris y un adhesivo a 8 metros en una puerta metálica de color negro que decía no estacionarse, en las calles Machala y Av. Gran Colombia conocedores de las normas y leyes de tránsito, pedimos disculpa ante usted por lo acontecido.

con el rostro afligido de nuestro vecino por la multa no nos detuvo en nuestra ayuda llevándolo hasta Machala con el fin de seguirlo ayudando hasta que pueda reencontrarse con su hijo Ing. Walther Daniel Gurrero Ponce joven colaborador de la Ilustre municipalidad del cantón el Guabo.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad. Y por este medio dejo en constancia el número de teléfono de don Walther 0939544442


Santiago Asanza Vega

0705992287



25213055572

AUTOPSIA

NOTA: ESTE DOCUMENTO SON GRATUITOS

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL (IEDG)

La información de esta sección será de uso exclusivo del servidor/a del Registro Civil, en el momento de la inscripción.

1) AGENCIA DE REGISTRO CIVIL:

| | |
|---------------------------|------------|
| DPA del lugar inscripción | Agencia N° |
| | |

2) PROVINCIA:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:

CANTÓN:

PARROQUIA URBANA O RURAL:

4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL
ACTA DE INSCRIPCIÓN:

A) DATOS DEL FALLECIDO/A

5) NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (NUÍ) / PASAPORTE / OTROS

Use: Establecimientos de Salud, Médicos de Libre Ejercicio Profesional
Médicos Legistas o Registro Civil

0709907435

7) NACIONALIDAD

Ecuatoriana 1
Extranjera 2 →

Código del País
Nombre del País

8) SEXO

Hombre 1 Mujer 2

9) FECHA DE NACIMIENTO

1986/02/16
Año Mes Dia

10) FECHA DE FALLECIMIENTO

2025/11/18
Año Mes Dia

11) HORA DE NACIMIENTO (Aplica si la
defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al
siguiente día)

Horas / Minutos

16) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Soltero/a | <input checked="" type="checkbox"/> 1 |
| Casado/a | <input type="checkbox"/> 2 |
| Divorciado/a | <input type="checkbox"/> 3 |
| Viudo/a | <input type="checkbox"/> 4 |
| Unión de hecho | <input type="checkbox"/> 5 |
| Unión Libre | <input type="checkbox"/> 6 |
| Separado/a | <input type="checkbox"/> 7 |

19) LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO

19.1) Lugar de ocurrencia de la muerte y/o
levantamiento de la persona fallecida

1. Establecimiento de salud 1
2. Casa 2
3. Casa (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) 3
4. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) 4
5. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Cuenta con médico) 5
6. Otro (Indique el lugar en la pregunta 19.4.1) 6

19.2) ¿El fallecido/a recibió cuidados
paliativos?

SI 1 NO 2

DPA de la
pregunta 19.4

19.3) Establecimiento de salud que brindó la atención médica ambulatoria o seguimiento al fallecido/a. (Aplica si en la pregunta 19.1 marcó opción 3 o 4 caso contrario continúa con la pregunta 19.4).

19.3.1) Nombre del Establecimiento de Salud

19.3.2) Provincia

19.3.4) Parroquia

19.4) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Via Pobl. 1

19.4.1) Nombre del lugar

El Oro

19.4.2) Provincia

El Guabo

19.4.3) Cantón

El Guabo

19.4.4) Parroquia Urbana o rural

El Choper

19.4.5) Dirección

19.4.6) Teléfono



| | | |
|--|--|---|
| 6) APELLIDOS Y NOMBRES (Como consta en la cédula de identidad / número único de identificación (NUÍ) / partida de nacimiento / pasaporte / otros.) | | |
| Guerrero Ponc Walter Daniel | | |
| 7) NACIONALIDAD | 12) HORA DE FALLECIMIENTO (Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día) | |
| Ecuatoriana <input checked="" type="checkbox"/> 1 Extranjera <input type="checkbox"/> 2 → | Horas / Minutos | |
| 8) SEXO | 13) EDAD AL FALLECER | |
| Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2 | En minutos (si es menor de una hora) <input type="checkbox"/> 0 | |
| 9) FECHA DE NACIMIENTO | En Horas (Si es menor de 1 dia) <input type="checkbox"/> 1 | |
| 1986/02/16 Año Mes Dia | En Dias (Si es menor de 1 mes) <input type="checkbox"/> 2 | |
| 10) FECHA DE FALLECIMIENTO | En Meses (Si es menor de 1 año) <input type="checkbox"/> 3 | |
| 2025/11/18 Año Mes Dia | Años <input type="checkbox"/> 4 31 | |
| 11) HORA DE NACIMIENTO (Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día) | Horas / Minutos | |
| 16) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL | 17) NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO información proporcionada por el solicitante del IEDG (Aplica para el fallecido/a de 5 años y más) | 18) IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES información proporcionada por el solicitante del IEDG |
| | 17.1) Último nivel de instrucción aprobado | 17.2) Alfabetismo |
| | Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Educación Básica <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria <input type="checkbox"/> 4 Educación Media/Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Superior no universitaria <input type="checkbox"/> 6 Superior Universitaria <input type="checkbox"/> 7 Posgrado <input type="checkbox"/> 8 | ¿SABÍA LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 NO <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| | | Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriano/a <input type="checkbox"/> 2 Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 3 Negro/a <input type="checkbox"/> 4 Mulato/a <input type="checkbox"/> 5 Montubio/a <input type="checkbox"/> 6 Mestizo/a <input checked="" type="checkbox"/> 6 Blanco/a <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 |

| | |
|---|---|
| 19.1.1) Lugar de ocurrencia de la muerte y/o levantamiento de la persona fallecida | 19.3.5) Pase a la pregunta 19.4 |
| 1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2. Casa <input type="checkbox"/> 2 | 19.3.1) Nombre del Establecimiento de Salud |
| 3. Casa (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) <input type="checkbox"/> 3 | 19.3.2) Provincia |
| 4. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) <input type="checkbox"/> 4 | 19.3.3) Cantón |
| 5. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Cuenta con médico) <input type="checkbox"/> 5 | 19.3.4) Parroquia |
| 6. Otro (Indique el lugar en la pregunta 19.4.1) <input type="checkbox"/> 6 | |
| 19.2) ¿El fallecido/a recibió cuidados paliativos? | |
| SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 | |
| DPA de la pregunta 19.4 | |

B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN - MÉDICO LEGISTA SNMLCF**20) CERTIFICADO POR:**

- Médico/a Especialista 1
 Médico/a General 2
 Médico/a Residente 3
 Médico/a Rural 4
 Médico/a Legista 5
 Servidor/a del Registro Civil 6

20.1) Identificación de quien certifica la defunción:

0603942806

La firma debe ser igual a la de la cédula de ciudadanía o identidad

20.1.1) No. cédula de identidad / número único de identificación (NUI) / pasaporte

MELENDRES SOTO VINICIO ISRAEL

20.1.2) Apellidos y Nombres

Vía San Vicente KM 3 1/2, a lado del nuevo cement

20.1.3) Dirección del domicilio

(02) 3934220

20.1.4) Teléfono



20.1.5) Firma

 20.1.6) Sello del profesional
Dr. Vinicio I. Melendres S.
MÉDICO LEGISTA
 Reg. CJ 13284417
 Reg. Senescyt 6431211865
21) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO/A O MÉDICO/A LEGISTA: Revise al reverso las directrices del llenado

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista, debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo del INEC). Las muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

Edema agudo de Pulmón

debido a (o como consecuencia de)

b)

Están yolucan

debido a (o como consecuencia de)

c)

frixix hevano

debido a (o como consecuencia de)

d)

PARTE II**OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS**

SIGNIFICATIVOS, que

contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la condujo

a)

b)

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (En minutos, horas, días, semanas, meses o años)

Código CIE – 10
USO INEC

21.1 ¿La defunción corresponde a una muerte natural o violenta?: (solo marcar una opción)Natural 1 Violenta 2**22) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRIL (DE 10 A 56 AÑOS):**Debe marcar obligatoriamente esta pregunta:
(Solo marcar una opción)

- Embarazo 1
 Parto 2
 Puerperio (hasta 42 días) 3
 Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto 4
 No estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte 5
 Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto 6
 Nunca estuvo embarazada 7

23) MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS (ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS) USO EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO/A LEGISTA (Esta información es fundamental para facilitar la determinación del código CIE-10).**23.1) Tipo presuntivo: (solo marcar una opción)**

Accidentes de transporte

1

Otros accidentes

2

Homicidio

3

Suicidio

4

Otras causas externas

5

Indeterminada

6

23.2) Lugar presuntivo donde ocurrió el hecho.

Vivienda

0

Calle o carretera
(vía pública)

4

Área Agrícola
hacienda, rancho, grana
terreno de servicios

7

Institución residencial

1

Área comercial o
de servicios

5

Otro

8

Escuela u oficina
pública

2

Áreas industriales
(taller, fábrica u otra)

6

Áreas deportivas

3

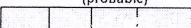
23.3) Descripción: Detalle brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.**24) ¿SE REALIZÓ NECROPSIA/AUTOPSIA? (NO APLICA PARA SERVIDOR/A DEL REGISTRO CIVIL)**SÍ 1 NO 2**C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (USO EXCLUSIVO DE SERVIDOR/A DE REGISTRO CIVIL)****25) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:**Sociedad Nacional
de Medicina Legal, Ciencias Forenses**26) SÍNTOMAS:****27) OBSERVACIONES****E) CÓDIGOS CIE-10 Y CÓDIGO DEL CODIFICADOR (USO EXCLUSIVO DEL INEC)**

28) Se adjuntó una certificación médica o parte policial que indique la causa de la muerte

29) Código Causa Básica CIE-10

30) Código Causa Básica CIE-10
(probable)31) Código alterno Causa Básica MM
CIE-10

32) Código codificador/a

SÍ 1 NO 2

B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN - MÉDICO LEGISTA SNMLCF

20) CERTIFICADO POR:

- Médico/a Especialista 1
 Médico/a General 2
 Médico/a Residente 3
 Médico/a Rural 4
 Médico/a Legista 5
 Servidor/a del Registro Civil 6

20.1) Identificación de quien certifica la defunción:

0603942806

20.1.1) No. cédula de identidad / número único de identificación (NUI) / pasaporte

MELENDRES SOTO VINICIO ISRAEL

20.1.2) Apellidos y Nombres

Vía San Vicente KM 3 1/2, a lado del nuevo cement

20.1.3) Dirección del domicilio

(02) 3934220

20.1.4) Teléfono

La firma debe ser igual a la de la cédula de ciudadanía o identidad



20.1.5) Firma

Dr. Vinicio I. Melendres S.
 MÉDICO LEGISTA
 Reg. CJ 13284417
 Reg. Senescyt 6431211865

21) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO/A O MÉDICO/A LEGISTA: *Revise al reverso las directrices del llenado*

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en impresa. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista, debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica. (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo del INEC). Las muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

Tiempo aproximado
entre el comienzo de
cada causa y la
muerte. (En minutos,
horas, días, semanas,
meses o años)

Código CIE - 10
USO INEC

PARTE I

Enfermedad, lesión o estado a) patológico que produjo la muerte directamente

Edema agudo de Pulmón

debido a (o como consecuencia de)

 USO INEC

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados morbosos, si existiera alguno, o lesiones que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa

b)

Estenoclerosis

debido a (o como consecuencia de)

 USO INEC

c)

fibrilia fibrilar

debido a (o como consecuencia de)

 USO INEC

d)

PARTE II

OTROS ESTADOS

PATOLÓGICOS

SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la condujo

a)

b)

 USO INEC USO INEC

21.1 ¿La defunción corresponde a una muerte natural o violenta?: (solo marcar una opción)

Natural 1 Violenta 2

22) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (DE 10 A 56 AÑOS).

Debe marcar obligatoriamente esta pregunta:
(solo marcar una opción)

- Embarazo 1
 Parto 2
 Puerperio (hasta 42 días) 3
 Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto 4
 No estuve embarazada durante los 11 meses previo a la muerte 5
 Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto 6
 Nunca estuve embarazada 7

23) MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS (ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS) USO EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO/A LEGISTA (Esta información es fundamental para facilitar la determinación del código CIE-10).

23.1) Tipo presuntivo: (solo marcar una opción)

- Accidentes de transporte 1
 Otros accidentes 2
 Homicidio 3
 Suicidio 4
 Otras causas externas 5
 Indeterminada 6

23.2) Lugar presuntivo donde ocurrió el hecho.

- | | | |
|--|--|--|
| Vivienda <input type="checkbox"/> 0 | Calle o carretera <input type="checkbox"/> 4 | Área Agrícola <input type="checkbox"/> 7 |
| Institución residencial <input type="checkbox"/> 1 | Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 | Otro <input checked="" type="checkbox"/> 8 |
| Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 | Áreas industriales (fábrica, taller, oficina) <input type="checkbox"/> 6 | |
| Áreas deportivas <input type="checkbox"/> 3 | | |

23.3) Descripción: Detalle brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.

24) ¿SE REALIZÓ NECROPSIA/AUTOPSIA? (NO APLICA PARA SERVIDOR/A DEL REGISTRO CIVIL)

Sí 1 NO 2

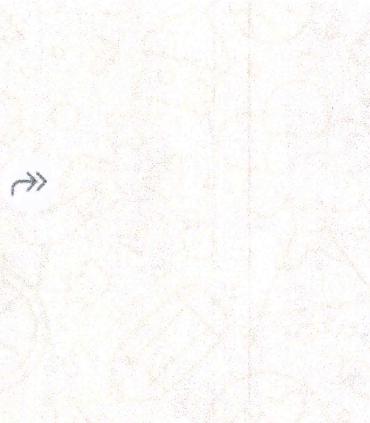
C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (USO EXCLUSIVO DE SERVIDOR/A DE REGISTRO CIVIL)

25) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:

Sociedad Nacional de Medicina Legal y Criminología

26) SÍNTOMAS:

27) OBSERVACIONES



SINDICATO DE CHOFERES LLEGANDO CON EL FERETRO DEL COMPAÑERO DANIEL

1:20 p. m.

