

EL Guabo, 17 de Octubre del 2025

ABG. WILLIAM VALLE CHÁVEZ.

**DIRECTOR DE LA EMPRESA PÚBLICA MUNICIPAL EL
GUABO**

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle autorice a quien corresponda la impugnación de tránsito a mi vehículo de placas OCM0585, Motivos, estacionar mi camioneta frente a la farmacia comunitaria, por me encontraba mal de salud, e incluso me llevaron de la mano cojita por mi mal estado de salud, me tuvieron que tomar la presión y soy una persona de la tercera edad.

Atentamente,



PABLO NELSON AGUILAR QUEZADA

C.C. 0701317950

CEL. 0991569446



**Empresa Pública Municipal
de Tránsito de El Guabo**



FECHA:

16-10-2025

**AGENTE DE CONTROL DEL ESTACIONAMIENTO
TARIFADO SIMERT**

000002961

Nombre: Anthony Suarango

Hora: 15:06

Dirección: Sucre entre 3 de noviembre y Páez.

FIRMA

Observación:

Vehículo sin tarjeta de parqueo con espera de 20 min frente a Moracho Sport

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.

KIKE ALVAREZ
ALCALDE



**Empresa Pública Municipal
de Tránsito de El Guabo**



No. PLACA:

OGM - 0585

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. ☐

 **REPÚBLICA DEL ECUADOR**
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CEDULA DE
CIUDADANIA
APELLIDOS Y NOMBRES
**AGUILAR QUEZADA
PABLO NELSON**
LUGAR DE NACIMIENTO
**EL ORO
EL GUABO
EL GUABO**
FECHA DE NACIMIENTO **1958-01-25**
NACIONALIDAD **ECUATORIANA**
SEXO **M**
ESTADO CIVIL **SOLTERO**

No. **070131795-0**





INSTRUCCIÓN **BASICA** PROFESIÓN / OCUPACIÓN **AGRICULTOR** E133311222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
AGUILAR BOLIVAR
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
QUEZADA VICTORIA
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
**EL GUABO
2016-07-05**
FECHA DE EXPIRACIÓN
2026-07-05


001078717


DIRECCIÓN GENERAL


FIRMA DEL CEDULADO





Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL BÁSICO MARÍA LORENA SERRANO

RECETA PARA ATENCIÓN EN EMERGENCIA

RECETA

Fecha de prescripción (DD/MM/AAAA): 06/07/22

Servicio: Medicina Interna

Nº 000080410

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y Nombres: Aguilar Quirós Pablo

Documento Identidad: 0701317950

Sexo: F ☒ M ☐

No. Formulario 008: 43448

Peso: _____ Kilogramos

Talla: _____ centímetros

Fecha de nacimiento: X

Edad: 67 años _____ meses

CIE: K922

Alergias: SI ☐ NO ☒ Especificar:

DATOS DEL MEDICAMENTO:

MEDICAMENTO (DCI, concentración y forma farmacéutica)	Dosis (unidad, peso y volumen)	Frecuencia	Duración Tratamiento	Vía Administración	Cantidad (número y letras)
Chaperal 20mg/100ml oral	20g	Cada 12 horas interrumpidamente	30 días	Vo	60 perlas
		Cada _____ horas interrumpidamente	_____ días		
		Cada _____ horas interrumpidamente	_____ días		

DATOS DEL PRESCRIPTOR:

Apellido y Nombre:

Hospital Básico "MARÍA LORENA SERRANO"
Edwin Loor Alvia
MÉDICO CIRUJANO
REG: 1016-2018-2015337

Nro. Registro
Profesional.

Firma:

VALIDEZ 24 horas.

VALIDADO: _____

VERIFICADO: _____

Apellido y Nombre:





Firma:

INDICACIONES:

RECETA Nº 0080410

Apellido y Nombre:

Fecha de prescripción:

MEDICAMENTO (DCI, concentración)	Dosis	Frecuencia	Duración Tratamiento	Vía Administración	 MAÑANA	 MEDIO DÍA	 TARDE	 NOCHE
Chaperal 100/50	20g	0800 - 2000 pm Cada _____ horas interrumpidamente	30 días		X			X
Solutab 100mg	20ml	8 (10 AM, 11 PM) Cada _____ horas interrumpidamente	30 días		X		X	X
		Cada _____ horas interrumpidamente	_____ días					

DATOS DEL PRESCRIPTOR:

ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES

Apellidos y Nombres:

Nro. Reg. Profesional