

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 Sucango

Hora: 15:06

Dirección: Sacre entre 3 de noviembre y Paseo

FIRMA

Observación:

Vehículo sin tarjeta de parqueo con espera de 90 min frente a florachos 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.



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

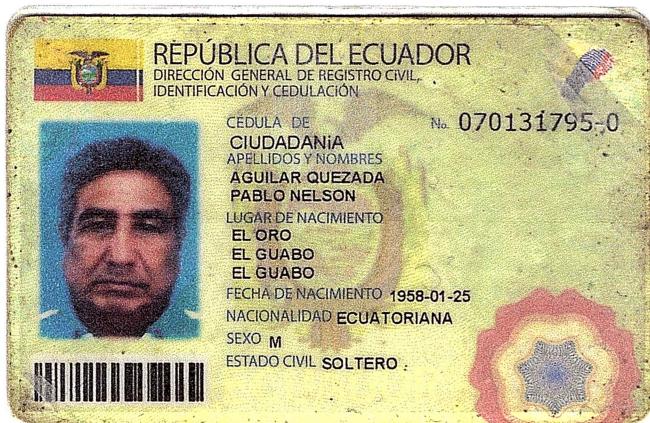


No. PLACA: **OCM - 0585**

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.





HOSPITAL BÁSICO MARÍA LORENA SERRANO
RECETA PARA ATENCIÓN EN EMERGENCIA

Fecha de prescripción (DD/MM/AAAA): 06/07/21

Servicio: *Medicina*

RECETA

Nº 000080410

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y Nombres: <i>Aguilar Quezada Pablo</i>	Documento Identidad: <i>0701317950</i>	Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
No. Formulario 008: <i>43448</i>	Peso: _____ Kilogramos	Talla: _____ centímetros
Fecha de nacimiento: <i>12/01/2000</i>	Edad: <i>01</i> años <i>00</i> meses	CIE: <i>K42</i>
Alergias: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Especificar:	

DATOS DEL MEDICAMENTO:

MEDICAMENTO (DCI, concentración y forma farmacéutica)	Dosis (unidad, peso y volumen)	Frecuencia	Duración Tratamiento	Vía Administración	Cantidad (número y letras)
<i>Onoprazol 20mg tableta oral</i>	<i>20g</i>	<i>Cada 12 horas interrumpidamente</i>	<i>30 días</i>	<i>VV</i>	<i>60 rejilla</i>
		<i>Cada _____ horas interrumpidamente</i>	<i>_____ días</i>		
		<i>Cada _____ horas interrumpidamente</i>	<i>_____ días</i>		

DATOS DEL PRESCRIPTOR:

Apellido y Nombre: <i>Edwin Loor Alvia</i>	Firma:	VALIDADO: _____
Nro. Registro Profesional: <i>REG: 1016-2018-2015337</i>		VERIFICADO: _____
		Apellido y Nombre: _____
		Firma: _____

VALIDEZ 24 horas.

INDICACIONES:	RECETA	Nº 0080410
Apellido y Nombre:	Fecha de prescripción:	
MEDICAMENTO (DCI, concentración)	Dosis	Frecuencia
<i>Onoprazol 20mg</i>	<i>20g</i>	<i>08:00 - 20:00pm Cada _____ horas interrumpidamente</i>
<i>Sorafenib 200mg</i>	<i>20m</i>	<i>10:00 - 14:00pm Cada _____ horas interrumpidamente</i>

DATOS DEL PRESCRIPTOR:	ADVERTENCIAS Y RECOMENDACIONES
Apellidos y Nombres:	
Nro. Reg. Profesional	