

Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

De Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>
Destinatario Laura Chapilliquin <laura.chapilliquin@patronatosd.gob.ec>, Luis Jumbo <luis.jumbo@patronatosd.gob.ec>, William Carrera <william.carrera@patronatosd.gob.ec>, Patricia Zambrano <patricia.zambrano@patronatosd.gob.ec>
Fecha 2025-05-26 10:41

Saludos cordiales,

Por medio del presente me permito trasladar horario de lactancia adoptado por la funcionaria Radmila Guartan Asistente administrativa, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano.

Así mismo me permito informar que la mencionada se reintegra a labores a partir del día de hoy (lunes 26 de mayo de 2025) para su conocimiento y fines pertinentes.

----- Mensaje Original -----

Asunto: Re: Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

Fecha: 2025-05-26 10:06

De: Radmila Guartan <radmila.guartan@patronatosd.gob.ec>

Destinatario: Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>

Saludos,

Estimada Lcda. Lady Peñarrieta, de acuerdo a la ley, utilizaré mi periodo de lactancia en el siguiente horario:

matutino: 8:00 a 9:00

vespertino: 16:00 a 17h00

por lo tanto mi horario laboral será de 9:00 a 16:00

Quedo al pendiente cualquier otra disposición.

El 2025-05-13 10:15, Lady Belén Peñarrieta escribió:

Lcda. Radmila Guartán
Asistente Administrativa
Presente.-

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, y en cumplimiento de lo establecido en el Art. 27 de la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), me permito recordarle que su licencia remunerada por maternidad, otorgada en virtud del certificado médico presentado ante la Unidad de Talento Humano, comprende el período del 03 de marzo al 25 de mayo de 2025. En este contexto, se le informa que deberá reintegrarse a sus funciones laborales a partir del día lunes 26 de mayo de 2025.

Adicionalmente, conforme a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano, se le recuerda que, una vez concluida su licencia de maternidad, tiene derecho a una licencia remunerada de lactancia. Este derecho consiste en la reducción de su jornada laboral en dos (2) horas diarias, durante un período de quince (15) meses, contados a partir de la fecha de reintegro laboral (posterior a la culminación de licencia por maternidad).

El horario de lactancia deberá ser comunicado oportunamente a la Unidad de Talento Humano, siendo inmodificable una vez establecido, con el fin de garantizar la organización adecuada de la jornada laboral y el ejercicio efectivo del derecho al cuidado y la lactancia del recién nacido.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atenta a cualquier consulta adicional.

--
Lcda. Lady Belén Peñarrieta
Asistente de Talento Humano
Patronato Municipal de Inclusión Social GAD-SD

--

Lcda. Lady Belén Peñarrieta

Asistente de Talento Humano

Patronato Municipal de Inclusión Social GAD-SD



Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

De Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>
Destinatario Patricia Zambrano <patricia.zambrano@patronatosd.gob.ec>, William Carrera <william.carrera@patronatosd.gob.ec>, Luis Jumbo <luis.jumbo@patronatosd.gob.ec>
Cc Laura Chapilliquin <laura.chapilliquin@patronatosd.gob.ec>
Fecha 2025-10-03 12:34

Saludos cordiales,

Por medio del presente me permito trasladar horario de lactancia adoptado por la funcionaria Espinosa Bernal Stefanía Antonela Asistente Ejecutiva, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano.

Así mismo me permito informar que la mencionada se reintegra a labores a partir del día lunes 06 de octubre de 2025 con horario laboral de 08:00am a 15:00pm

Para su conocimiento y fines pertinentes.

----- Mensaje Original -----

Asunto: Re: Fwd: Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

Fecha: 2025-10-03 12:22

De: stefania.espinosa@patronatosd.gob.ec

Destinatario: Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>

Buenas tardes, mediante el presente y conforme al correo electrónico que antecede, me permito comunicar que el horario psra uso de la licencia por lactancia **será de 15h00 a 17h00**

El 2025-10-03 12:16, Lady Belén Peñarrieta escribió:

----- Mensaje Original -----

Asunto: Fwd: Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

Fecha: 2025-09-29 12:00

De: Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>

Destinatario: "stefania.espinosa"

<stefania.espinosa@patronatosd.gob.ec>

----- Mensaje Original -----

Asunto: Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

Fecha: 2025-09-22 09:48

De: Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>

Destinatario: "stefania.espinosa"

<stefania.espinosa@patronatosd.gob.ec>

Cc: William Carrera <william.carrera@patronatosd.gob.ec>, Laura

Chapilliquin <laura.chapilliquin@patronatosd.gob.ec>

Ing. Stefania Espinosa
 Asistente Ejecutiva

Presente.-

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, y en cumplimiento de lo establecido en el Art.

27 de la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), me permito recordarle que su licencia remunerada por maternidad, otorgada en virtud

del certificado médico presentado ante la Unidad de Talento Humano, comprende el período del 12 de julio al 03 de octubre de 2025. En este

contexto, se le informa que deberá reintegrarse a sus funciones laborales a partir del día lunes 06 de octubre de 2025.

Adicionalmente, conforme a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la

Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano, se le recuerda que, una vez

concluida su licencia de maternidad, tiene derecho a una licencia remunerada de lactancia. Este derecho consiste en la reducción de su jornada laboral en dos (2) horas diarias, durante un período de

quince

(15) meses, contados a partir de la fecha de reintegro laboral (posterior a la culminación de licencia por maternidad).

El horario de lactancia deberá ser comunicado oportunamente a la Unidad

de Talento Humano, siendo inmodificable una vez establecido, con el fin

de garantizar la organización adecuada de la jornada laboral y el ejercicio efectivo del derecho al cuidado y la lactancia del recién nacido.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atenta a cualquier consulta adicional.

--


Lcda. Lady Belén Peñarrieta

Asistente de Talento Humano

Patronato Municipal de Inclusión Social GAD-SD



Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

 **De** Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>
Destinatario Patricia Zambrano <patricia.zambrano@patronatosd.gob.ec>, guillermo herrera <guillermo.herrera@patronatosd.gob.ec>, Remigio Salcan <remigio.salcan@patronatosd.gob.ec>, gustavo robalino <gustavo.robalino@patronatosd.gob.ec>, Laura Chapilliquin <laura.chapilliquin@patronatosd.gob.ec>
Fecha 2026-01-28 08:24

Saludos cordiales,

Por medio del presente me permito trasladar horario de lactancia adoptado por la funcionaria Ávila Fernandez Jhosselyn Patricia, Técnica de proyecto, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano.

Así mismo me permito informar que la mencionada se reintegra a labores a partir del día lunes 09 de febrero de 2026 con horario laboral de 08:00am a 15:00pm

Para su conocimiento y fines pertinentes.

----- Mensaje Original -----

Asunto: Re: Reintegro laboral posterior a licencia de maternidad y ejercicio del derecho a licencia de lactancia

Fecha: 2026-01-27 17:36

De: jhosselyn.avila@patronatosd.gob.ec

Destinatario: Lady Belén Peñarrieta <lady.penarrieta@patronatosd.gob.ec>

Lcda. Lady Belén Peñarrieta
Asistente de Talento Humano
Presente.-

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, agradezco la información remitida y confirmo mi reintegro a las funciones laborales a partir del día lunes 09 de febrero de 2026, conforme a lo establecido en la normativa legal vigente.

Así mismo, en ejercicio del derecho a la licencia remunerada por lactancia, y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano, me permito comunicar que el horario que he decidido acoger para dicho beneficio será de ****08:00 a 15:00****, a partir de la fecha de reincorporación.

Agradezco se sirva considerar el horario señalado para los fines administrativos correspondientes.

Sin otro particular, reitero mis agradecimientos por la atención brindada.

Atentamente,

Lcda. Jhosselyn Ávila
Técnica de proyecto

El 2026-01-27 15:34, Lady Belén Peñarrieta escribió:

Lcda. Jhosselyn Ávila
Técnica de proyecto
Presente.-

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente, y en cumplimiento de lo establecido en el Art. 27 de la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), me permito recordarle que su licencia remunerada por maternidad, otorgada en virtud del certificado médico presentado ante la Unidad de Talento Humano, comprende el período del 16 de noviembre del 2025 al 07 de febrero del 2026. En este contexto, se le informa que deberá reintegrarse a sus funciones laborales a partir del día lunes 09 de febrero del 2026.

Adicionalmente, conforme a lo dispuesto en los artículos 23 y 25 de la Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano, se le recuerda que, una vez concluida su licencia de maternidad, tiene derecho a una licencia remunerada de lactancia. Este derecho consiste en la reducción de su jornada laboral en dos (2) horas diarias, durante un período de quince (15) meses, contados a partir de la fecha de reintegro laboral (posterior a la culminación de licencia por maternidad).

El horario de lactancia deberá ser comunicado oportunamente a la

Unidad de Talento Humano, siendo inmodificable una vez establecido, con el fin de garantizar la organización adecuada de la jornada laboral y el ejercicio efectivo del derecho al cuidado y la lactancia del recién nacido.

Sin otro particular, agradezco su atención y quedo atenta a cualquier consulta adicional.

--

Lcda. Lady Belén Peñarrieta
Asistente de Talento Humano
Patronato Municipal de Inclusión Social GAD-SD

--

Lcda. Lady Belén Peñarrieta
Asistente de Talento Humano
Patronato Municipal de Inclusión Social GAD-SD





PMIS-SD
PATRONATO MUNICIPAL DE INCLUSIÓN SOCIAL

ACCION DE PERSONAL

N° PMIS-SD-UATH-021-2025

Fecha: 10/7/2025

DECRETO

ACUERDO

RESOLUCION

X

No.: _____

FECHA: _____

SALCAN NUÑEZ
APELLIDOS

REMIGIO MEDARDO
NOMBRES

No. de Cédula de Ciudadanía
1721456968

No. de Afiliación IESS

Rige a partir de:
11/7/2025

EXPLICACION: La Directora Ejecutiva del Patronato Municipal de Inclusión Social - Santo Domingo , en uso de sus atribuciones:
Resuelve: AUTORIZAR licencia desde el 11 de julio al Dr. Remigio Medardo Salcán Nuñez con cédula 1721456968, de conformidad a la Ley Orgánica del Servicio Público Art. 27 literal d) *por paternidad, el servidor público tiene derecho a licencia con remuneración por el plazo de quince (15) días contados desde el nacimiento de su hija o hijo cuando el parto es normal; en los casos de nacimiento múltiple o por cesárea se ampliará por cinco días má .*

MEMORANDO-PMIS-DE-PAZ-1523-2025

Fecha: 10-07-2025

INGRESO <input type="checkbox"/>	TRASLADO <input type="checkbox"/>	REVALORIZACION <input type="checkbox"/>	SUPRESION <input type="checkbox"/>
NOMBRAMIENTO <input type="checkbox"/>	TRASPASO <input type="checkbox"/>	RECLASIFICACION <input type="checkbox"/>	DESTITUCION <input type="checkbox"/>
ASCENSO <input type="checkbox"/>	CAMBIO ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>	UBICACION <input type="checkbox"/>	REMOCION <input type="checkbox"/>
SUBROGACION <input type="checkbox"/>	INTERCAMBIO <input type="checkbox"/>	REINTEGRO <input type="checkbox"/>	JUBILACION <input type="checkbox"/>
ENCARGO <input type="checkbox"/>	COMISION DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	RESTITUCION <input type="checkbox"/>	LIBRE NOMBRAMIENTO <input type="checkbox"/>
VACACIONES <input type="checkbox"/>	LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	RENUNCIA <input type="checkbox"/>	Y REMOCIÓN <input type="checkbox"/>

SITUACION ACTUAL

PROCESO: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
PUESTO: DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS
LUGAR DE TRABAJO: Santo Domingo
REMUNERACION MENSUAL: 2.226,00
PARTIDA PRESUPUESTARIA: 71.01.05.002

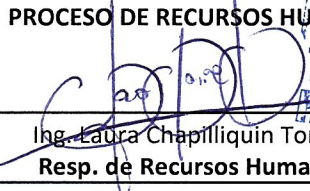
SITUACION PROPUESTA

PROCESO: _____
PUESTO: _____
LUGAR DE TRABAJO: _____
REMUNERACION MENSUAL: _____
PARTIDA PRESUPUESTARIA: _____

ACTA FINAL DEL CONCURSO

No. _____ Fecha: _____

PROCESO DE RECURSOS HUMANOS

f. 
Ing. Laura Chapilliquin Torres, MSc.
Resp. de Recursos Humanos

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

f. 
Ing. Patricia Zambrano Bermeo, MSc.

AUTORIDAD NOMINADORA

RECURSOS HUMANOS

No. 021 Fecha: 10 de julio de 2025

REGISTRO Y CONTROL

f. 
Lic. Lady Belen Peñarrieta
Responsable del Registro

CAUCION REGISTRADA CON No. _____

Fecha: _____

LA PERSONA REEMPLAZA A: _____

EN EL PUESTO DE: _____

QUIEN CESO EN FUNCIONES POR: _____

ACCION DE PERSONAL REGISTRADA CON No. _____

Fecha: _____

AFILIACION AL COLEGIO DE PROFESIONALES DE _____

No. _____

Fecha: _____

POSESION DEL CARGO

YO _____

CON CEDULA DE CIUDADANIA No. _____

JURO LEALTAD AL ESTADO ECUATORIANO.

LUGAR: _____

FECHA: _____

f. _____

Funcionario

f. _____

Responsable de Recursos Humanos

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento de salud: **Veltimed**

Correo electronico: veltimed@gmail.com

Lugar: Santo Domingo de los Tsáchilas Fecha de Emisión: 16/11/2025

Dirección: Pasaje Salasacas y puruhaes Telefono: 098 668 9720

2.- DATOS DEL USUARIO

Certifico que: AVILA FERNANDEZ JHOSELYN PATRICIA
(Apellidos y Nombres completos)

Institución/empresa: Patronato Municipal de Inclusión Social

Puesto de trabajo: Tecnica de proyecto

Correo electrónico: jpa_fernandez@hotmail.com

N° de Cédula de identidad/Pasaporte: 2300611361 Historia Clínica: 2300611361

Dirección Domiciliaria: Santo Domingo Teléfono: 0997364028

3.- MOTIVO DEL AISLAMIENTO/ENFERMEDAD

Diagnóstico: **PARTO UNICO POR CESAREA**
Código CIE10: **O 82**

Contingencia: (maternidad) x
Presenta síntomas (marcar con X): SI NO

Enfermedad(marcar con X): PACIENTE DE SEXO FEMENINO INGRESA A ESTA CASA DE SALUD EL 16/11/2025 PARA CESAREA PROGRAMADA CON 38 SEMANAS DE GESTACION, LA PACIENTE ES DADA DE ALTA EL 17/11/2025

Aislamiento: (marcar con X): CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO
VÁLIDO POR 04 DÍAS
A PARTIR DEL 16/11/2025
DR. ALMACEN ALASCO SILVIA KARINA
RESPONSABLE DE AUDITORIA MEDICA
C.I.: 172274968

Total de días concedidos: **84 DIAS (OCHENTA Y CUATRO DIAS)**
(En números / letras)

Fecha de inicio (dd/mm/aaaa): **16/11/2025 (DIECISEIS DE NOVIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO)**
(En números / letras)

NO TIENE DERECHO A SUBSIDIOS
Hasta (dd/mm/aaaa): **07/02/2026 (SIETE DE FEBRERO DEL DOS MIL VEINTISEIS)**
(En números / letras)

CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO
HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO

NO TIENE DERECHO A SUBSIDIOS
FUNCIONARIO J-C

FECHA: 17/11/25
SUBSIDIOS MONETARIOS

Dra. Gabriela Alarcón
GINECÓLOGA OBSTETRA
LIBRO: 3 B FOLIO: 44 N° 131
REG. SENESCYT: 1005-09-694002

Dra. Gabriela Alarcon
Gineco - Obstetra
C.I. 1714965181
ggabrielaag@hotmail.com

CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO
HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO
SUBSIDIOS MONETARIOS

VeltiMed
Bienestar, Confianza y Salud para todos
CLÍNICA HOSPITAL

El presente documento debe ser emitido de acuerdo a los requisitos y análisis médico requerido, en caso de información falsa o de alteración, se procederá de acuerdo al Código Orgánico Integral, artículo 328.

INFORME ESTADÍSTICO NACIDO VIVO



FECHA DE CREACIÓN DEL 16/11/2025 09:39:01

INSTITUCIÓN ALARCON GLORIA (HOSPITAL BASICO VELTIMED)

USUARIO 1714965181

DATOS DEL NACIDO VIVO

NOMBRES: NN-1		NÚMERO DE 2352448837	
		APELLIDOS AVILA FERNANDEZ	
SEXO	TIPO DE	PRODUCTO DEL	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
MUJER	CESAREA	UNO	CÓDIGO 51342 LUGAR: RED COMPLEMENTARIA
TALLA (cm.)	FECHA	ASISTIDO POR	NOMBRE ALARCON GLORIA (HOSPITAL BASICO)
48	16/11/2025	MEDICO	PROVINCIA: SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS
PESO	SEMANAS DE	APGAR	
3260	38	8	9
			CANTÓN: SANTO PARROQUI CHIGUILPE
			CIUDAD/LOCALIDA
			DIRECCIÓN: SALASACAS S/N Y PURUHAES
			TELÉFONO: 099652529

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y AVILA FERNANDEZ JHOSELYN PATRICIA		CÉDULA: 2300611361	
		NACIONALIDA ECUATORIANA	
FECHA NACIMIENTO	EDAD DE LA MADRE	CONTROLES	No. DE PARTO
09/09/2000	25	8	1
¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?	¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?	¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?	RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
1	0	0	PAÍS: ECUADOR
AUTO IDENTIFICACIÓN	ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	¿SABE LEER Y	PROVINCIA: SANTO DOMINGO DE LOS
MESTIZA	SOLTERA	SI	CANTÓN: SANTO DOMINGO
		INSTRUCCIÓN SUPERIOR	PARROQUI: ZARACAY
			CIUDAD/LOCALIDA
			DIRECCIÓN: URB, GRANDA CENTENO

DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL

NOMBRES Y GLORIA GABRIELA ALARCON GOMEZ	
TELÉFONO	CÉDULA DE 1714965181
OBSERVACIÓN	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL

CÓDIGO ÚNICO DE




2352448837

Digitally signed by GLORIA GABRIELA ALARCON GOMEZ
Date: 2025.11.16 09:39:50 COT
Reason: Firma Electrónica

Vota: La inscripción de nacimiento debe realizarse durante los 3 días posteriores al nacimiento dentro del establecimiento de salud y hasta los 90 días en el Registro Civil, conforme lo dispone el artículo 31 de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles.

Solo para uso del Registro Civil.

"La madre debe acreditar su identidad documentadamente al momento de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. Los datos aquí declarados sobre la identidad de la misma son de exclusiva responsabilidad de la madre; así como los datos sobre el hecho del nacimiento, son de responsabilidad del médico certificante/operador".



Veltimed

Bienestar, Confianza y Salud para todos

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO/USUARIO

Establecimiento de salud: Veltimed

Lugar: Santo Domingo de los Tsáchilas

Fecha de Emisión: 12/07/2025

Certifico que: ESPINOSA BERNAL STEFANIA ANTONELA
(Apellidos y Nombres completos)

Institución/empresa: Patronato Municipal de Inclusión Social
Puesto de trabajo: Asistente de Dirección Ejecutiva

N° de Cédula de identidad/Pasaporte: 1713958740 Historia Clínica: 1713958740

Dirección Domiciliaria: Santo Domingo Teléfono: 0982417187

2.- MOTIVO DEL AISLAMIENTO/ENFERMEDAD

Diagnóstico: PARTO UNICO POR CESAREA
Código CIE10: O 82

Contingencia: (maternidad) X

Presenta síntomas (marcar con X): SI X NO

Enfermedad (marcar con X):

PACIENTE INGRESA A ESTA CASA DE SALUD EL 12/07/2025 PARA CIRUGIA DE CESAREA CON 38.5 SEMANAS DE GESTACION, ES DADA DE ALTA EL 13/07/2025

Aislamiento: (marcar con X):

Descripción (aislamiento/teletrabajo)

Total, de días concedidos: 84 (OCHENTA Y CUATRO DIAS)
(En números / letras)

Desde (dd/mm/aaaa): 12/07/2025 (DOCE DE JULIO DEL DOS MIL VEINTICINCO)
(En números / letras)

Hasta (dd/mm/aaaa): 03/10/2025 (TRES DE OCTUBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO)
(En números / letras)

15/07

CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO

NO TIENE DERECHO A SUBSIDIOS

FUNCIONARIO: _____

FECHA: 17/07/2025

SUBSIDIOS MONETARIOS

CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO

DRA. ALMA LUCY VELASCO SILVA KARINA

CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO HOSPITAL DEL DIA SANTO DOMINGO

VÁLIDO POR 84 DÍAS A PARTIR DEL 12/07/2025

Dr. Geovanny Vera
CI:1719540260
veltimed@gmail.com

Dr. Geovanny Vera
GINECÓLOGO - OBSTETRA
Senescyt. 1027-2020-2161559

El presente documento debe ser emitido de acuerdo a los requisitos y análisis médico requerido, en caso de información falsa o de alteración, se procederá de acuerdo al Código Orgánico Integral, artículo 328. Impresión en papel membretado.

INFORME ESTADÍSTICO NACIDO VIVO



FECHA DE CREACIÓN DEL 12/07/2025 13:24:07
INSTITUCIÓN ALARCON GLORIA (HOSPITAL BASICO VELTIMED)
USUARIO 1714965181

DATOS DEL NACIDO VIVO

NOMBRES: NN-1		NÚMERO DE	2352415695
		APELLIDOS	ESPINOSA BERNAL
SEXO	TIPO DE	PRODUCTO DEL	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
MUJER	CESAREA	UNO	CÓDIGO 51342 LUGAR: RED COMPLEMENTARIA
ESTATURA (cm.)	FECHA	ASISTIDO POR	NOMBRE
100	12/07/2025	MEDICO	ALARCON GLORIA (HOSPITAL BASICO)
EDAD (años)	SEMANAS DE	APGAR	
30	39	8	9
		DIRECCIÓN:	SALASACAS S/N Y PURUHAES
		TELÉFONO:	099652529
		PROVINCIA:	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS
		CANTÓN:	SANTO
		PARROQUI	CHIGUILPE
		CIUDAD/LOCALIDAD	

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y		ESPINOSA BERNAL STEFANIA ANTONELA		CÉDULA:	1713958740
				NACIONALIDAD	ECUATORIANA
FECHA NACIMIENTO	EDAD DE LA MADRE	CONTROLES	No. DE PARTO	No. DE	
31/10/1991	33	8	1	1	
¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TENDRÁ ACTUALMENTE?	¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?	¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?	RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE		
1	0	0	PAÍS:	ECUADOR	
TÍTULO IDENTIFICACIÓN	ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	¿SABE LEER Y	PROVINCIA	SANTO DOMINGO DE LOS	
		SI	CANTÓN	SANTO DOMINGO	
ESTRUCTURA	SOLTERA	INSTRUCCIÓN	PARROQUI	CHIGUILPE	
		SUPERIOR	CIUDAD/LOCALIDAD		
			DIRECCIÓN:	URB MUTUALISTA BENALCAZAR	

DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL

NOMBRES Y	GLORIA GABRIELA ALARCON GOMEZ		
TELÉFONO	CÉDULA DE	1714965181	
OBSERVACIÓN			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL

CÓDIGO ÚNICO DE		
 2352415695		Digitally signed by GLORIA GABRIELA ALARCON GOMEZ Date: 2025.07.12 13:26:39 COT Reason: Firma Electrónica

La inscripción de nacimiento debe realizarse durante los 3 días posteriores al nacimiento dentro del establecimiento de salud y hasta los 90 días en el Registro Civil, conforme lo dispone el artículo 31 de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles.
 o para uso del Registro Civil.

CERTIFICADO DE REPOSO

Nombre del establecimiento: Hospital General / Clinica Santiago

Teléfono del emisor del certificado: 0967202803

Dirección del establecimiento de salud: Av Quito y Oranzonas

Lugar y fecha de emisión: Santo Domingo 4 de marzo del 2025 84
03/03/25

DATOS DEL PACIENTE

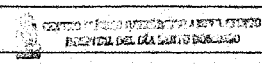
Apellidos y nombres completos: GUARTAN ALCIVAR RADMILA NATALY

Dirección domiciliaria: SANTO DOMINGO VA

Número de teléfono: 0980226850

Institución o empresa: PATRONATO MUNICIPAL DE INCLUSION SOCIAL

Puesto de trabajo del paciente: ASISTENTE ADMINISTRATIVA

Número de cédula: 2300606965 

Número de historia clínica: 2300606965 NO TIENE PRESENCIA A SUS SERVICIOS

MOTIVO DE AISLAMIENTO/ENFERMEDAD

Diagnostico: PARTO POR CESAREA ELECTIVA EMBARAZO VA

Código CIE 10: 082.0 SU SERVICIO INCLUYE ASESORIA

Presenta síntomas: SI NO

Enfermedad: Aislamiento/teletrabajo

Descripción de la enfermedad: DOLOR PELVICO, ACTIVIDAD UTERINA, 39.2 SEMANAS DE GESTACION

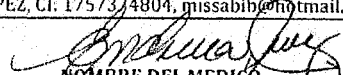
TIPO DE CONTINGENCIA: MATERNIDAD

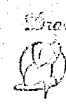
Total, de días concedidos: OCHENTA Y CUATRO DIAS (84)

Desde: TRES DE MARZO DEL DOS MIL VEINTICINCO (3/3/2025)

Hasta: VEINTICINCO DE MAYO DEL DOSMILVEINTICINCO (25/5/2025)

DRA. ENDRINA JOSEFINA JIMENEZ LOPEZ, CI: 1757374804, missabib@hotmail.com


NOMBRE DEL MEDICO
NUMERO CEDULA DEL MEDICO
ESPECIALIDAD


Dra. Endrina Jimenez
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
RSP 096684962
Reg. Sanidad: 86120145

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA CLARA, LEGIBLE, EN MAYÚSCULA Y SIN BORRONES NI ENMIENDAS DURAS
 ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO



2025
 Form. EP-1
 FOLIO

INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO (IENV)

25231003114

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: USU INEC AGENCIA NO

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: AÑO / MES / DÍA

2) PROVINCIA: _____ CANTÓN: _____

4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____

PARROQUIA URBANA O RURAL: _____

(A) DATOS DEL NACIDO VIVO

5) APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

USO exclusivo del Registro Civil

Número único de identificación (NUI): _____

6) SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2	11) PRODUCTO DEL EMBARAZO Uno <input checked="" type="checkbox"/> 1 Dos <input type="checkbox"/> 2 Tres <input type="checkbox"/> 3 Cuatro <input type="checkbox"/> 4 Cinco <input type="checkbox"/> 5 Seis <input type="checkbox"/> 6 Siete <input type="checkbox"/> 7 Ocho <input type="checkbox"/> 8 Nueve <input type="checkbox"/> 9 Diez <input type="checkbox"/> 10	14) LUGAR DE OCURRENCIA Establecimiento de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 3 Especifique: _____	Código de establecimiento de salud 022527 14.1) Lugar donde ocurrió el nacimiento CLINICA SANTIAGO CONCLISAN CIA. LTD 14.2) Provincia SANTO DOMINGO DE LOS RIOS, SANTO DOMINGO 14.3) Cantón SANTO DOMINGO DE LOS COLO 14.4) Parroquia urbana o rural AV. QUITO 118 Y ORANZONAS 14.5) Dirección DPA 230106 14.6) Teléfono 022745573
7) FECHA DE NACIMIENTO 20 25 03 03 AÑO MES DÍA	13) TIPO DE PARTO Normal <input type="checkbox"/> 1 Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> 2	18) EL NÍRDIA PALLEO DESPUÉS DEL NACIMIENTO SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input checked="" type="checkbox"/> 2	16) ASISTIDO POR Médica <input checked="" type="checkbox"/> 1 Obstetra/Obstetra <input type="checkbox"/> 2 Enfermera/o <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4 Parto no certificado/a <input type="checkbox"/> 5 Parto no certificado/a (comparto, líder comunitario) <input type="checkbox"/> 6 Otro <input type="checkbox"/> 7 Especifique _____

19) PERSONERÍA DEL NACIDO	20) TIPO DE SANGRE No se realizó la prueba <input type="checkbox"/> 1 A+ <input type="checkbox"/> 2 A- <input type="checkbox"/> 3 AB+ <input type="checkbox"/> 4 AB- <input type="checkbox"/> 5 B+ <input type="checkbox"/> 6 B- <input type="checkbox"/> 7 O+ <input type="checkbox"/> 8 O- <input type="checkbox"/> 9	20) CLAMPEO OPORTUNO Pinzamiento oportuno cuando dejó latir el cordón umbilical SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 Paso a 21 NO <input type="checkbox"/> 2 Paso a 20.1	20.4) RAZONES POR LAS QUE NO SE REALIZÓ EL CLAMPEO OPORTUNO Si respondió NO, escoja porque no se realizó el clampeo oportuno Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2
		21) APEGO Contacto inmediato del Nacido Vivo con la madre dentro de la primera hora luego del nacimiento SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 Paso a 22 NO <input type="checkbox"/> 2 Paso a 21.1	21.1) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ EL APEGO Si respondió NO, escoja porque no se realizó el apego Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2
		22) LACTANCIA Suministro de leche materna durante la primera hora de vida SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 Paso a 23 NO <input type="checkbox"/> 2 Paso a 22.1	22.1) RAZONES POR LAS QUE NO REALIZÓ LA LACTANCIA Si respondió NO, escoja porque no se realizó la lactancia Condición de la madre <input type="checkbox"/> 1 Condición del nacido vivo <input type="checkbox"/> 2

23) ¿SE REALIZÓ MALFORMACIÓN CONGÉNITA?	23.1) TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA
SI <input type="checkbox"/> 1 Paso a 23.1 NO <input checked="" type="checkbox"/> 2 Paso a 24	ÚNICA <input type="checkbox"/> 1 MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> 2

23.2) DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA

Código CIE-10
 URO/INEC

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS