

NOMBRE:	BETSY LILIANA DUMET PALMA				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	12:36	13:57	14:57	19:11		Betsy Dumet
10/01/2023	10:25	12:20	13:20	19:00		Betsy Dumet.
11/01/2023	10:29	13:00	14:00	19:00		Betsy Dumet.
12/01/2023	10:21	13:00	14:00	19:00		Betsy Dumet
13/01/2023	10:57	13:08	14:08	19:00		Betsy Dumet.
14/01/2023	06:58	—	—	12:00		Betsy Dumet.
15/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	
16/01/2023	06:42	12:19	13:19	14:31		Betsy Dumet.
17/01/2023	06:28	12:30	13:30	14:44		Betsy Dumet.
18/01/2023	06:23	12:22	13:22	14:46		Betsy Dumet
19/01/2023	06:26	12:36	13:36	14:31		Betsy Dumet.
20/01/2023	06:27	12:40	13:40	14:39		Betsy Dumet.
21/01/2023						Betsy Dumet.
22/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	
23/01/2023	10:49	13:00	14:00	19:00		Betsy Dumet
24/01/2023	06:16	12:29	13:29	14:33		Betsy Dumet
25/01/2023	12:20	13:01	14:02	19:00		Betsy Dumet
26/01/2023	10:52	13:01	14:01	19:00		Betsy Dumet
27/01/2023	10:50	13:04	14:03	19:00		Betsy Dumet.
28/01/2023	07:01			12:00		Betsy Dumet

NOMBRE:		BETSY LILIANA DUMET PALMA			Asociación	CLEANDEAL
MES DE:		ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	—
30/01/2023	06:19	12:32	13:32	14:35		Betsy Dumet
31/01/2023	06:22	12:29	13:30	14:46		Betsy Dumet
01/02/2023	06:19	12:37	13:38	14:34		Betsy Dumet
02/02/2023	06:25	12:33	13:33	14:36		Betsy Dumet
03/02/2023	06:19	12:30	13:30	14:33		Betsy Dumet.
04/02/2023	06:47			12:00		Betsy Dumet
05/02/2023	—	—	—	—	DOMINGO	—
06/02/2023	06:44	13:12	14:12	15:00		Betsy Dumet.
07/02/2023	10:45	13:00	14:00	19:00		Betsy Dumet
08/02/2023	10:44	13:00	14:00	19:00		Betsy Dumet.

Betsy Dumet Palma.

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR

CIRUGIA 25/enero/2023

Coordinación Zonal 8 - SALUD  
Hospital General Guasmo Sur

TERCER PISO

AYUNAS

SOLICITUD DE INTERNACIÓN		
APELLIDOS NOMBRES Dimet Olvera Galo Adina		No. H.C.
PRIORIDAD DE INGRESO <input type="checkbox"/> URGENTE <input checked="" type="checkbox"/> NO URGENTE		SERVICIO SALA CAMA
DIAGNOSTICO PROVISIONAL ENTROPION + TRICHIASIS + (DEFINIR) ADASIA		
SOLICITUD FECHA 25/ENERO/2023	HORA	INGRESO EFECTUADO
FIRMA DEL MEDICO  Ministerio de Salud Pública Hospital General Guasmo Sur Dr. Robert Peñaherrera M. Cirujano Plástico		FECHA: HORA: FIRMA DEL ADMISIONISTA

LIBRO III FOLIO 058 No. 6054  
INH. 6054



INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANT. N	PROVINCIA	
MS P	HGG S					120060805

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
Dumet	Olvera	Galo Dalvar	Caja Plata				

**1 AUTORIZACION PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO**

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Dumet Olvera Galo Dalvar	0994567674	120060805	Galo Dumet
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

**2 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO**

DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

**3 EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACION MÉDICA**

DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

**4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA**

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACION MÉDICA CORRESPONDIENTE

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACION DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

**5 AUTORIZACION DE EXTRACCION DE ORGANOS PARA DONACION Y/O TRASPLANTE**

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ORGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ORGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ORGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

**6 AUTORIZACION PARA NECROPSIA**

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	



INSTITUCION DEL SISTEMA <b>MSP</b>	UNIDAD OPERATIVA <b>HCGOS</b>	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO <b>Dumet</b>	APELLIDO MATERNO <b>Olvera</b>	NOMBRES <b>Galo Dumet C. Olvera</b>	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA
----------------------------------	-----------------------------------	--	----------	------	------	-------	------

TODA LA INFORMACION ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

<b>1 INFORMACION ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO</b>	
PROPOSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD
TELÉFONO	CODIGO
FIRMA	

<b>2 INFORMACION ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCION QUIRÚRGICA</b>	
PROPOSITOS <b>Higiene del paciente</b>	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS <b>Entropion + triquiasis + blefaroplastia</b>
RESULTADOS ESPERADOS <b>Óptimos</b>	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS <b>Lo debe por la edad</b>
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD
TELÉFONO	CODIGO
FIRMA	

<b>3 INFORMACION ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA</b>	
PROPOSITOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS
RESULTADOS ESPERADOS	
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD
TELÉFONO	CODIGO
FIRMA	

Ministerio de Salud Pública  
Hospital General Guasmo Sur  
Dr. Robert Pañaberrera M.  
Cirujano Plástico  
LIBRO III FOLIO 858 No. 6059  
ANESTESIA PROPUESTA 6059

**4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

- A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROP. SITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD
- B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD
- C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGN. STICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD
- D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA
- E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS
- F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO
- G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)
- H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.
- I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIGNA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

FIRMAS DEL PACIENTE

*Galo Dumet*

*Galo Dumet*

*Galo Dumet*

*Galo Dumet*

**5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL**

COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA





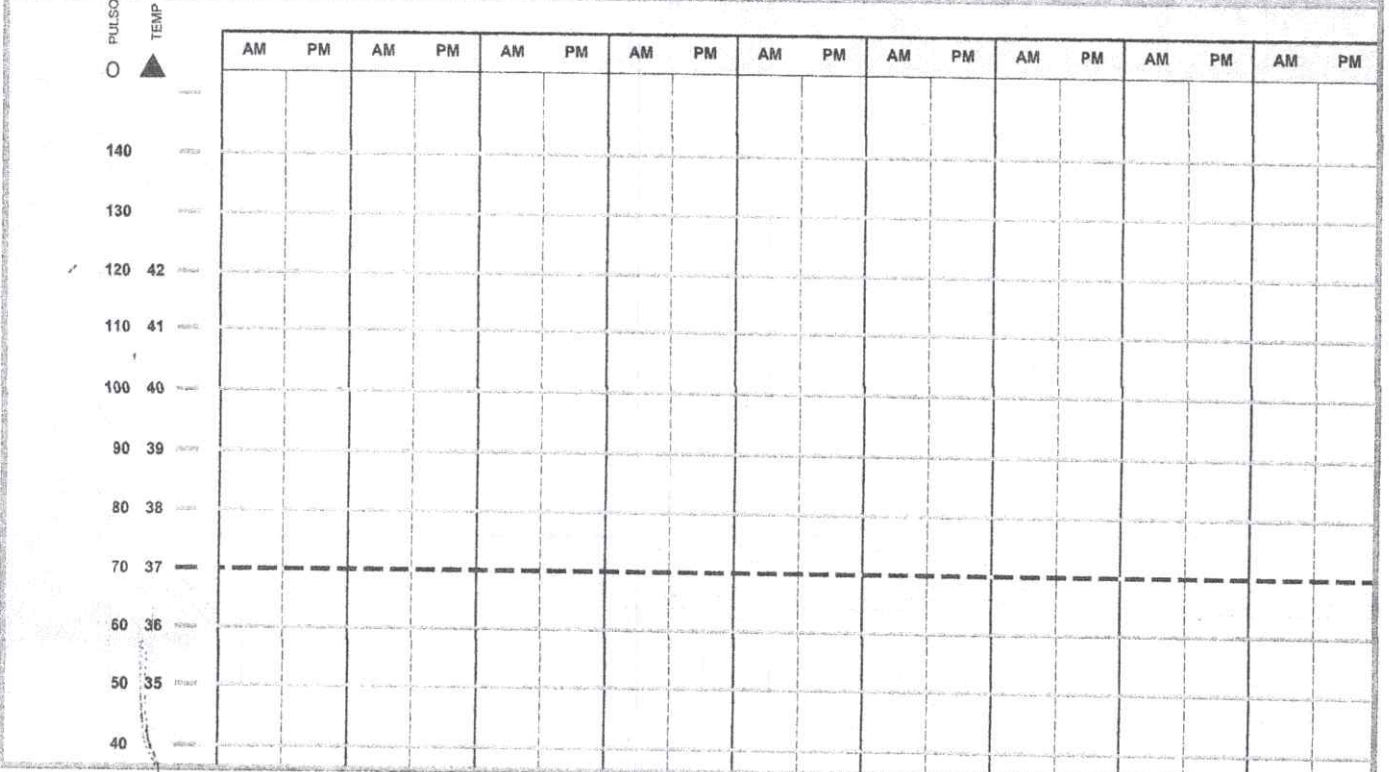




NOMBRE <i>Gracia Belvan</i>	APELLIDO <i>Dumet Olivera</i>	SEXO (M-F) <i>M</i>	N° HOJA	N° HISTORIA CLINICA <i>1200608056</i>
--------------------------------	----------------------------------	------------------------	---------	--

FECHA	
DIA DE INTERNACION	
DIA POSTQUIRÚRGICO	

**1 SIGNOS VITALES** TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA



F. RESPIRATORIA X min																				
PRESION SISTOLICA																				
PRESION DIASTOLICA																				

**2 BALANCE HÍDRICO**

INGRESOS CC	PARENTERAL																			
	VÍA ORAL																			
	TOTAL																			
ELIMINACIONES CC	ORINA																			
	DRENAJE																			
	OTROS																			
	TOTAL																			

**3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES**

ASEO / BAÑO																				
PESO Kg																				
DIETA ADMINISTRADA																				
NUMERO DE COMIDAS																				
NUMERO DE MICCIONES																				
NUMERO DE DEPOSICIONES																				
ACTIVIDAD FÍSICA																				
CAMBIO DE SONDA																				
RECANALIZACION VÍA																				
RESPONSABLE																				



NOMBRE

APELLIDO

SEXO (M-F) N° HOJA

N° HISTORIA CLÍNICA

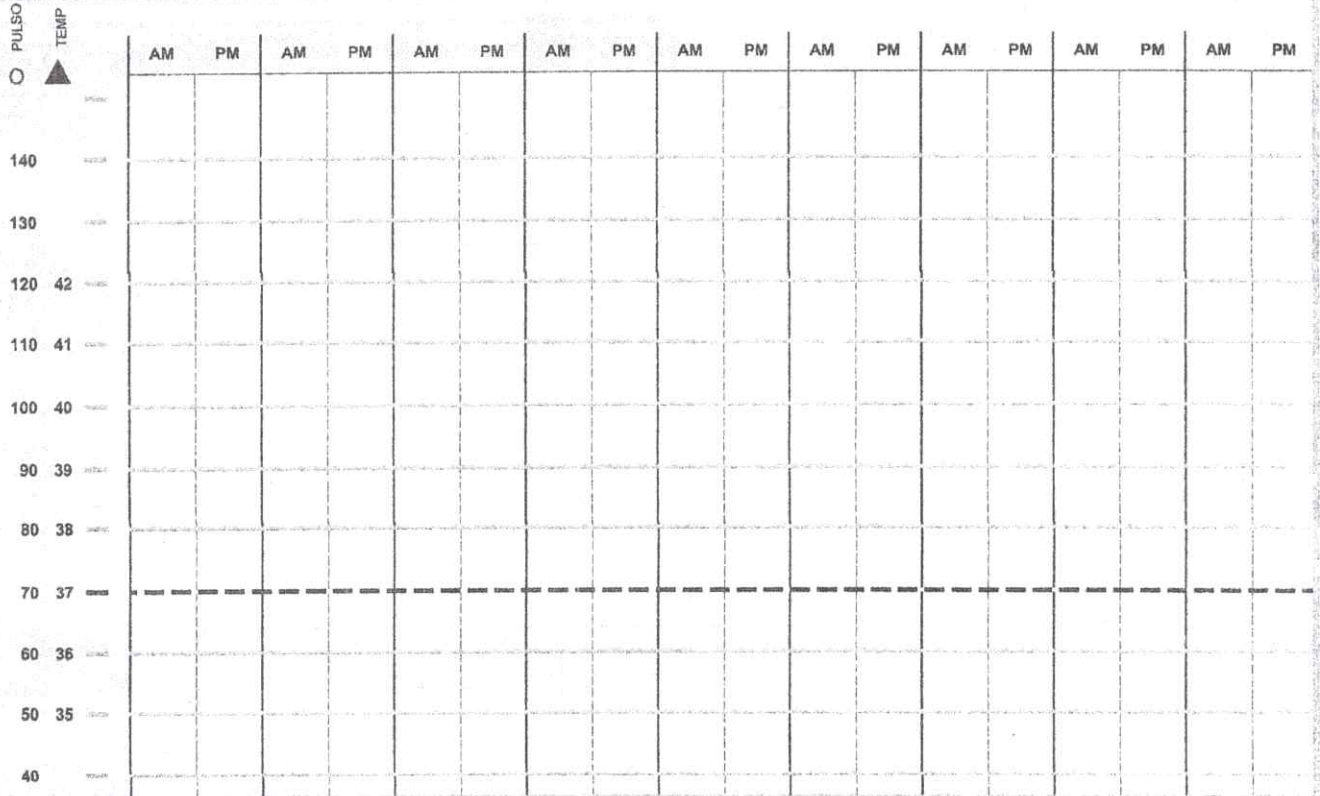
FECHA

DIA DE INTERACCION

DIA POSTQUIRÚRGICO

**1 SIGNOS VITALES**

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA



F. RESPIRATORIA X min

PRESION SISTOLICA

PRESION DIASTOLICA

**2 BALANCE HÍDRICO**

INGRESOS CC	PARENTERAL																	
	VÍA ORAL																	
	TOTAL																	
ELIMINACIONES CC	ORINA																	
	DRENAJE																	
	OTROS																	
	TOTAL																	

**3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES**

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FÍSICA																		
CAMBIO DE SONDA																		
RECANALIZACION VÍA																		
RESPONSABLE																		

ID: 0101126534

Demet

25-10-2022 07:50:33

niño  
9 años

Años

Gal

Información de Diagnóstico:

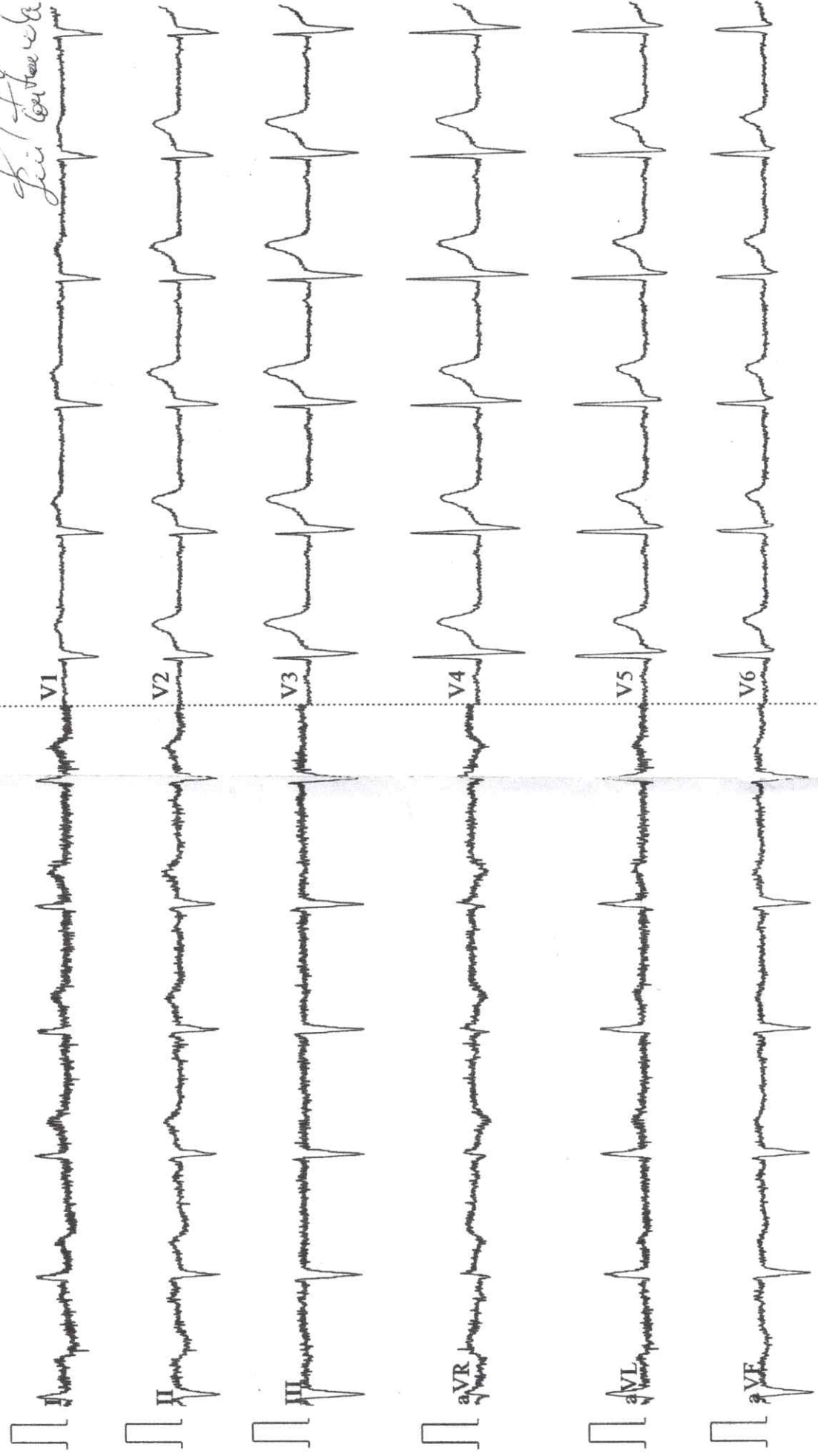
Ritmo sinusal  
Hemibloqueo anterior izquierdo  
Alteración de la onda T lateral está en el límite para la edad y el sexo  
ECG en el límite

Dr. Gabriel Atarón P.  
CARDIOLOGO CLINICO  
R.S. 0323143815



Informe confirm por:

*Gal*  
*Gal*



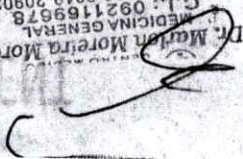


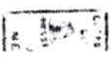
10/Ent/2023

144115

Reg. Prof. 1006-2019-2090305  
C.I. 0921169678  
MEDICINA GENERAL

Dr. Marlen Moreta Moran



Coordinación Zonal Guayas	SEMEDIC NOGUCHI	28/12/2022	GUTIERREZ GRANDIS SERGIO FRANCISCO	CENTRO CLÍNICO QUIRÚRGICO AMBULATORIO (HOSPITAL DEL D/A) - NORTE	REFERENCIA	0918619354	DUMET PALMA BETSY LILIANA	Falta de personal específico, en los establecimientos de salud	Cirujía General	K808	99202	<p>Visita en el oficina de un nuevo paciente; que requiere de tres componentes: 1.- historia detallada 2.- examen detallado 3.- decisión médica única y directa</p>	
------------------------------	--------------------	------------	---	--	------------	------------	------------------------------	---	-----------------	------	-------	---	---



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE DUMET PALMA BETSY LILIANA	FECHA NACIMIENTO			EDAD	SEXO
	1	7	1977	45	Mujer
	DIA	MES	AÑO	EDAD	h/m

Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de Residencia actual			Dirección Domicilio	N° Telefonico
Ecuatoriano	Ecuador	0918619354	Guayas	Guayaquil			0996691956
Ver instructivo	Describir País	Cédula de diez dígitos	Provincia	Canton	Parroquia	calle principal y secundaria	Convencional/Celular

II: REFERENCIA: 1  DERIVACION: 2  TIPO SEGURO: SEGURO GENERAL

I DATOS INSTITUCIONALES				
Entidad del Sistema	Hist.Clinica	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area
IESS	59543	SEMEDIC-NOGUCHI		

REFERENCIA O DERIVA A:				FECHA:		
IESS		Consulta Externa	CIRUGIA GENERAL	23	9	2022
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Día	Mes	Año

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA 1  SATURACION DE CAPACIDAD INSTA 4   
 AUSENCIA TEMPORAL DEL PROFESIONAL 2  OTROS / ESPECIFIQUE 5   
 FALTA DE PROFESIONAL 3

3. RESUMEN DE CUADRO CLINICO:

SUB-NIVEL: 001-EVOLUCION PACIENTE DE SEXO FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCOONDRIO DERECHO IRRADIADO A ESPALDA, NAUSEAS AGREGA REVISION DE EXAMENES D LABORATORIO: ECO ABDOMINAL LITIASIS VESICULAR ECOPELVICO NORTMAL AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, IMC 27.81 SOBREPESO ----- APP: DISLIPIDEMIA MIXTA EN TRATAMIENTO APF: MADRE FALLECIDAPOR LEUCEMIA AQX: CESAREAS II AA: NO CONOCIDOS. --

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

5. DIAGNOSTICOS	CIE 10	PRE	DEF
OTRAS COLELITIASIS	K808	X	

6 EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS COD: TARIFARIO

Nombre del Profesional: WILMER MARQUEZ LEDEZMA Codigo MSP: 9640423 Firma: **SEMEDIC** Dr. Wilmer Marquez Ledezma MEDICO GENERAL REG SEMESCYT 0621175375 **SEMEDIC** RUC # 0992714131001 IESS CONTRATO: IESS-056511-212-2015 CENTRO DE ESPECIALIDADES

III. CONTRAREFERENCIA 3  REFERENCIA INVERSA: 4

I DATOS INSTITUCIONALES					
Entidad del Sistema	Hist.Clinica	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad Servicio

AA 10/01/2023

Contrarefere o Referencia inversa a :					FECHA			
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Area	Día	Mes	Año

**2. RESUMEN DE CUADRO CLINICO:**

LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA 1 <input type="checkbox"/>	SATURACION DE CAPACIDAD INSTA 4 <input type="checkbox"/>
AUSENCIA TEMPORAL DEL PROFESIONAL 2 <input type="checkbox"/>	OTROS / ESPECIFIQUE 5 <input type="checkbox"/>
FALTA DE PROFESIONAL 3 <input type="checkbox"/>	

**3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

--

**4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados**

--

**5. Diagnostico** CIE 10


**6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad**

--

Nombre del Profesional:

Codigo MSP:

Firma:



ESTABLECIMIENTO SEMEDIC-NOGUCHI	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE DUMET PALMA BETSY LILIANA	SEXO (M-F) Mujer	EDAD 45	N° HISTORIA CLINICA 59543
------------------------------------	---	---------------------	------------	------------------------------

**1 CARACTERISTICAS DE LA SOLICITUD Y MOTIVO**

ESTABLECIMIENTO DE DESTINO	SERVICIO CONSULTADO	MEDICINA GENERAL	SERVICIO QUE SOLICITA	CIRUGIA GENERAL	SALA	CAMA
NORMAL <input type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> URGENTE	MÉDICO INTER. CONSULTADO					
				DESCRIPCION DEL MOTIVO		

**2 CUADRO CLINICO ACTUAL**

SUB-NIVEL: 001-EVOLUCION PACIENTE DE SEXO FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCOONDRIO DERECHO IRRADIADO A ESPALDA, NAUSEAS AGREGA REVISION DE EXAMENES D LABORATORIO: ECO ABDOMINAL LITIASIS VESICULAR ECOPELVICO NORTMAL AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL, IMC 27.81 SOBREPESO ..... APP: DISLIPIDEMIA MIXTA EN TRATAMIENTO APP: MADRE FALLECIDAPOR LEUCEMIA AQX: CESAREAS II AA: NO CONOCIDOS. --

**3 RESULTADOS DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

Empty box for results of exams and diagnostic procedures.

**4 DIAGNOSTICO PRE=PRESENTIVO DEF=DEFINITIVO**

OTRAS COLELITIASIS	CIE	PRE	DEF
	K808	X	

**5 PLANES TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES REALIZADOS**

Empty box for therapeutic and educational plans.

CÓDIGO										
FECHA	23/09/2022	HORA	12:00	NOMBRE DEL PROFESIONAL	WILMER MARQUEZ LEDEZMA	9640423	FIRMA	 <b>SEMEDIC</b> Dr. Wilmer Marquez Ledezma MEDICO GENERAL REG. SENESCYT 0021175375	NUMERO DE HOJA	



**ORDEN NO. 2301071270**
**DUMET PALMA BETSY LILIANA**
**Identificación:** 0918619354 HC : 217175  
**Fecha nacimiento:** 1977-06-01  
**Edad:** 45 años 7 meses **Sexo:** Femenino

**Referencia:** 475683  
**Fecha de ingreso:** 2023-01-07 9:49AM GMT-05

**Informe de resultados**

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
<b>HEMATOLOGÍA</b>			
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			
LEUCOCITOS	6.51	/mm <sup>3</sup>	4.32 - 10.42
NEUTROFILOS	3.07	10 <sup>3</sup> /μL	2 - 7
LINFOCITOS	2.98	10 <sup>3</sup> /μL	0.8 - 4
MONOCITOS	0.38	10 <sup>3</sup> /μL	0.12 - 1.2
EOSINOFILOS	0.04	10 <sup>3</sup> /μL	0.02 - 0.5
BASOFILOS	0.04	10 <sup>3</sup> /μL	0 - 0.1
NEUTROFILOS %	↓ 47.1	%	50 - 70
LINFOCITOS %	↑ 45.9	%	20 - 40
MONOCITOS %	5.8	%	3 - 12
EOSINOFILOS %	0.6	%	0.5 - 5
BASOFILOS %	0.6	%	0 - 1
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	↓ 4.21	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	4.5 - 5.9
HEMOGLOBINA	↓ 12.2	g/dL	12.3 - 15.3
HEMATOCRITO	36.3	%	35 - 47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	86.2	fL	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH)	28.9	pg	27 - 34
CONCENTRACION CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA (MCHC)	33.5	g/dL	32 - 36
PLAQUETAS	244	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	149 - 409
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO (MPV)	9.6	fL	6.5 - 12
ANCHO DE DISTRIBUCION DE PLAQUETAS (PDWc)	16.0	%	15 - 17

**Método:** CBC-IMI Automatizado

**Validado por:** JOSE MENDEZ


**Fecha:** 2023-01-07

**AUTOINMUNES E INFECCIOSAS**
**Dengue IgG** Negativo

**Método:** Inmunocromatografía

**Dengue IgM** Negativo

**Método:** MEIA

**Validado por:** JOSE MENDEZ


**Fecha:** 2023-01-07



**COVID**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**POR SINTOMATOLOGÍA**

**Detección de SARS CoV2** Negativo

**Muestra:** Hisopado nasofaríngeo /orofaríngeo

**Método:** Amplificación y Detección: rT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real con extracción automatizada mediante moléculas indicadoras fluorescentes).

Detección simultánea de 2 genes de SARS-CoV-2: ORF1ab y N específicos para SARS-CoV-2. No presenta reacción cruzada con otros virus humanos respiratorios comunes como: CoV NL63, 229E, HKU, OC43 o MERS.

El virus tiene un periodo de incubación de 3 a 5 días y su mayor concentración viral va desde los 7 a 14 días.

**Límite de detección del método:** 10 copias/reacción.

**Interpretación:** Se considera positivo un resultado en el que se detecte un gen específico para SARS-CoV-2 (N-gen o ORF1ab) Este resultado debe ser considerado como ayuda diagnóstica y correlacionarse con los datos clínicos del paciente.

**Sensibilidad:** 98 % [90 - 100%].

**Especificidad:** 100% [94.9-100%] 5 días luego de la primoinfección.

**SARS CoV2 Detection** NEGATIVE

**Sample:** Nasopharyngeal / oropharyngeal swab

**Method:** Amplification and Detection: rT-PCR (real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction with automated extraction using fluorescent reporter molecules) Simultaneous detection of 2 SARS-CoV-2 genes: ORF1ab and N specific for SARS-CoV- two.

It does not cross-react with other common human respiratory viruses such as: CoV NL63, 229E, HKU, OC43 or MERS.  
The virus has an incubation period of 3 to 5 days and its highest viral concentration ranges from 7 to 14 days.

**Limit of detection of the method:** 10 copies / reaction.

**Interpretation:** A result in which a specific gene for SARS-CoV-2 (N-gene or ORF1ab) is detected is considered positive. This result should be considered as a diagnostic aid and correlated with the patient's clinical data.

**Sensitivity:** 98% [90-100%].

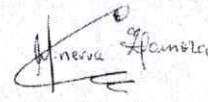
**Specificity:** 100% [94.9-100%] 5 days after primary infection

**Fecha y hora emisión:** 2023-01-07 4:26PM

Resultados



**Emitido por:**  
Ing. Andrés Cadena Paredes  
Reg. 1034-2020-2169146  
C.I. 1721824512



**Validado por:** Minerva Zamora  
JEFE DE LABORATORIO  
M.S.P. LIBRO 5 FOLIO 93 N°280  
ACCESS: 0914589494

ORDEN NO. 2301071364

**DUMET PALMA BETSY LILIANA**

Identificación: 0918619354 HC : 217175

Fecha nacimiento: 1977-06-01

Edad: 45 años 7 meses Sexo: Femenino

Referencia: 475684

Fecha de ingreso: 2023-01-07 10:58AM GMT-05

**Informe de resultados**

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
<b>ESPECIALES</b>			
INFLUENZAE A/B INFLUENZA A/B	Negativo		NEGATIVO  INFLUENZA A/B

Método: Inmunocromatografía

Fecha y hora emisión: 2023-01-07 4:31PM

Resultados



Emitido por:

Ing. Andrés Cadena Paredes  
Reg. 1034-2020-2169146  
C.I. 1721824512



Validado por: Minerva Zamora  
JEFE DE LABORATORIO  
M.S.P. LIBRO 5 FOLIO 93 N°280  
ACESS: 0914589494



Betsy Dorot Palma

45 años.

Programado: lunes 13 febrero/23.

FECHA: Colectotomía laparoscópica

Ayuda 7 AM.

  
**SEMEDIC**  
Dr. Mario García López  
CIRUJANO GENERAL  
REG. N.º 0909526576  
SENECYT: 1006R-08-1685

NOMBRE:	BYRON JORDAN BURGOS VILLAVINCENCIO				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	6:26.	12:10	13:10	15:33.		Byron Burgos.
10/01/2023	8:20.	12:14	13:14.	15:33.	PERMISO DE EXAMENES.	Byron Burgos.
11/01/2023	6:30	12:15	13:15	15:35		Byron Burgos.
12/01/2023	6:24	12:15	13:15	15:33		Byron Burgos.
13/01/2023	6:23	13:01	14:01	15:56.		Byron Burgos.
14/01/2023	6:54.			12:04.		Byron Burgos.
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	10:50.	13:06	14:06.	19:11		Byron Burgos.
17/01/2023	10:52.	13:15	14:15.	19:13.		Byron Burgos.
18/01/2023	10:50.	13:12	14:12.	19:02.		Byron Burgos.
19/01/2023	10:50.	13:10	14:08.	19:05		Byron Burgos.
20/01/2023	10:53	13:14	14:14.	18:03		Byron Burgos.
21/01/2023	7:00.			12:06.		Byron Burgos.
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	6:25	12:30	13:30	14:50.		Byron Burgos.
24/01/2023	6:45	12:17	13:17	14:38.		Byron Burgos.
25/01/2023	6:22.	12:45	13:43	14:34.		Byron Burgos.
26/01/2023	6:29	12:20	13:20	14:40.		Byron Burgos.
27/01/2023	6:24.	12:09	13:09.	15:03.		Byron Burgos.
28/01/2023	6:54.			12:00.		Byron Burgos.



NOMBRE:	BYRON JORDAN BURGOS VILLAVINCENCIO			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	6:23	12:16	13:16	14:33		Byron Burgos
31/01/2023	6:25	12:05	13:05	14:34		Byron Burgos
01/02/2023	6:23	12:12	13:12	14:35		Byron Burgos
02/02/2023	6:25	13:24	14:24	14:35		Byron Burgos
03/02/2023	6:28	12:26	13:26	14:37		Byron Burgos
04/02/2023	6:59			12:05		Byron Burgos
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	6:52	12:22	13:22	15:06		Byron Burgos
07/02/2023	6:26	12:36	13:36	14:41		Byron Burgos
08/02/2023	6:26	12:00	13:00	14:36		Byron Burgos

Byron Burgos

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR

NOMBRE:	YULIANA ANGELICA CHINCHAY SAN LUCAS				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	06:28	12:15	13:15	15:30		Luliana Chinchay
10/01/2023	06:42	12:08	13:08	15:36		Luliana Chinchay
11/01/2023	06:53	12:15	13:15	15:40		Luliana Chinchay
12/01/2023	06:38	12:20	13:20	16:05		Luliana Chinchay
13/01/2023	06:28	12:20	13:20	14:35		Luliana Chinchay
14/01/2023	06:59			12:11		Luliana Chinchay
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	06:38	12:16	13:16	14:40		Luliana Chinchay
17/01/2023	06:29	12:04	13:04	14:42		Luliana Chinchay
18/01/2023	06:35	12:05	13:05	14:32		Luliana Chinchay
19/01/2023	06:30	12:15	13:15	14:43		Luliana Chinchay
20/01/2023	06:36	12:02	13:02	14:40		Luliana Chinchay
21/01/2023	07:04			12:08		Luliana Chinchay
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	06:37	12:12	13:12	14:43		Luliana Chinchay
24/01/2023	06:40	12:16	13:16	14:54		Luliana Chinchay
25/01/2023	06:38	12:25	13:25	14:50		Luliana Chinchay
26/01/2023	06:29	12:23	13:23	14:34		Luliana Chinchay
27/01/2023	06:30	12:14	13:14	14:56		Luliana Chinchay
28/01/2023	06:59			12:01		Luliana Chinchay



NOMBRE:	YULIANA ANGELICA CHINCHAY SAN LUCAS				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	06:29	12:20	13:20	14:34		Luliana Chinchay
31/01/2023	06:35	12:36	13:36	14:40		Luliana Chinchay
01/02/2023	06:36			12:05	Permiso	Luliana Chinchay
02/02/2023	06:35	12:38	13:38	15:33		Luliana Chinchay
03/02/2023	06:30	12:04	13:04	15:21		Luliana Chinchay
04/02/2023	06:56			12:30		Luliana Chinchay
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	07:13	12:14	13:14	15:04		Luliana Chinchay
07/02/2023	06:44	12:36	13:36	14:59		Luliana Chinchay
08/02/2023	06:30	12:00	13:00	14:35		Luliana Chinchay

Luliana Chinchay

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR

NOMBRE:	MARIUXI PADILLA				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	06:30	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla
10/01/2023	06:30	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla
11/01/2023	06:30	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla
12/01/2023	06:30	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla
13/01/2023	06:30	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla
14/01/2023	7:00	—	—	12:00		Mariuxi Padilla
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	06:30	12:15	13:15	14:30		Mariuxi Padilla
17/01/2023	06:30	12:15	13:15	14:30		Mariuxi Padilla
18/01/2023	06:30	12:15	13:15	14:30		Mariuxi Padilla
19/01/2023	06:30	12:10	13:10	14:30		Mariuxi Padilla
20/01/2023	06:35	12:05	13:05	14:35		Mariuxi Padilla
21/01/2023	7:00	—	—	12:05		Mariuxi Padilla
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	11:20	13:10	14:10	19:40		Mariuxi Padilla
24/01/2023	11:02	13:10	14:10	19:10		Mariuxi Padilla
25/01/2023	11:08	13:10	14:10	19:00		Mariuxi Padilla
26/01/2023	11:03	13:17	14:17	19:08		Mariuxi Padilla
27/01/2023	11:04	13:17	14:17	19:00		Mariuxi Padilla
28/01/2023	07:00	—	—	12:00		Mariuxi Padilla



NOMBRE:	MARIUXI PADILLA			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	6:23	12:25	13:25	14:31		Mariuxi Padilla
31/01/2023	6:22	12:30	13:30	14:31		Mariuxi Padilla
01/02/2023	6:20	12:25	13:25	14:30		Mariuxi Padilla
02/02/2023	6:21	12:30	13:30	14:30		Mariuxi Padilla
03/02/2023	6:21	12:30	13:30	14:32		Mariuxi Padilla
04/02/2023	6:50	—	—	12:01		Mariuxi Padilla
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	7:00	12:22	13:22	15:01		Mariuxi Padilla
07/02/2023	06:28	12:25	13:25	14:32		Mariuxi Padilla
08/02/2023	06:18	12:00	13:00	14:30		Mariuxi Padilla

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DE OPERARIO

\_\_\_\_\_

FIRMA ADMINISTRADOR

NOMBRE:	ISABELLA SUSANA GARCIA MORALES				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023						
10/01/2023	07:50	13:00	14:00	17:01		Isabella g.
11/01/2023					Permiso medico	
12/01/2023	07:53	13:00	14:00	Permiso Por cita medica 15:07	15:07	Isabella g.
13/01/2023	07:54	13:00	14:00	17:01	17:01	Isabella g.
14/01/2023	07:42	13:00	14:00	17:00		Isabella g.
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	07:02	12:00	13:00	15:07	Pagando el 10/01/2023	Isabella g.
17/01/2023	08:01	13:00	14:00	17:04		Isabella g.
18/01/2023	07:48	13:00	14:00	17:03		Isabella g.
19/01/2023	07:55	13:00	14:00	17:02		Isabella g.
20/01/2023	07:51	13:00	14:00	17:00		Isabella g.
21/01/2023	07:42	13:00	14:00	17:01		Isabella g.
22/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	
23/01/2023	—	—	—	—	—	
24/01/2023	—	—	—	—	Permiso Medico	
25/01/2023	—	—	—	—	Permiso Medico	
26/01/2023	07:55	13:00	14:00	17:08		Isabella g.
27/01/2023	08:00	13:00	14:00	17:00		Isabella g.
28/01/2023	07:42	13:00	14:00	17:01		Isabella g.



NOMBRE:	ISABELLA SUSANA GARCIA MORALES			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023						
31/01/2023	07:49	13:00	14:00	17:05		Isabella e.
01/02/2023	07:55	13:00	14:00	17:05		Isabella e.
02/02/2023	07:55	13:01	14:02	17:05		Isabella e.
03/02/2023	08:01	13:00	14:00	17:00		Isabella e.
04/02/2023	07:48	13:00	14:00	17:00		Isabella e.
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023						
07/02/2023	07:42	13:00	14:00	17:06		Isabella e.
08/02/2023	07:58	13:00	14:00	17:00		Isabella e.

Isabella e.

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR



**CLÍNICA**  
**"QUEVEDO ÁLVAREZ"**

R.U.C.: 0909888596001

Telf.: 04 202 3800 Cita médica IESS: 140

Correo: clinicamaternidad.quevedo@gmail.com

Dir.: Guasmo Sur, Av. Abdón Calderón  
y Jacinto Pinto



GUAYAQUIL, 11/01/2023 - 15:45

H.C.: 19855

C.I.: 0943521690

PACIENTE: GARCIA MORALES ISABELLA SUSANA

EDAD: 25 AÑOS 9 MESES

1 [SG] SEGURO GENERAL

TELÉFONO: 0994808244

DOMICILIO: GUASMO SUR, COOP GUAYAS Y QUIL 1

## CERTIFICADO MEDICO

**Certifico que el paciente acudió a la consulta de este Centro Médico, con diagnóstico CIE10:**

(F41.8) Otros trastornos de ansiedad especificados

(R07.4) Dolor en el pecho, no especificado

SE INDICA REPOSO DE: 1 ( UNO ) DIAS.

DESDE: 11/01/2023

HASTA: 11/01/2023

Actividad laboral: LIMPIEZA

Tipo de contingencia y anamnesis: ENFERMEDAD GENERAL

Institución/Empresa: CLEANDEA S.A.

Puesto de trabajo: LIMPIEZA

**Particular que certifico para los fines pertinentes**

---

DR(A). SUÁREZ DIAZ ANDREA CRISTINA  
MEDICINA GENERAL



**GUAYAQUIL, 24 DE ENERO DEL 2023**

Guasmo Central Av. Raúl Clemente Huerta  
Coop. 5 de octubre Mz.1 Sl. 1  
Telf.: 04-3878118 - Cel.: 0980077770  
Email: cedimed.mateo@gmail.com  
Guayaquil - Ecuador

**CERTIFICADO MÉDICO DE ASISTENCIA**

**A QUIÉN INTERESE:**

**CERTIFICO QUE SE PRESENTÓ EL PACIENTE GARCIA MORALES  
ISABELLA SUSANA CON C.I: 0943521690**

**EL 24 DE ENERO DEL 2023, QUIEN SE HIZO ATENDER POR EL SERVICIO  
DE ODONTOLOGIA.**

**EN LA UNIDAD MÉDICA CEDIMED MATEO PRESTADOR EXTERNO IESS.**

**ES TODO LO QUE TENGO QUE DECIR EN HONOR A LA VERDAD.**

José Antonio Torres Avila  
ODONTÓLOGO  
MSP. 0925201931  
Reg. Senescyt:1006-11-1065614



**ATENTAMENTE**

**DR. JOSÉ ANTONIO TORRES AVILA  
ODONTÓLOGO GENERAL**

**REG. MED. 0925201931  
REG. SENESCYT. -1006-11-1065614**



**CLÍNICA**  
"QUEVEDO ÁLVAREZ"  
R.U.C.: 0909888596001

Telf.: 04 202 3800 Cita médica IESS: 140  
Correo: clinicamaternidad.quevedo@gmail.com  
Dir.: Guasmo Sur, Av. Abdón Calderón  
y Jacinto Pinto



GUAYAQUIL, 25/01/2023 - 19:00

H.C.: 19855

C.I.: 0943521690

PACIENTE: GARCIA MORALES ISABELLA SUSANA

EDAD: 25 AÑOS 9 MESES

1 [SG] SEGURO GENERAL

TELÉFONO: 0969721744

DOMICILIO: GUASMO SUR COP GUAYAS Y QUIL 1

## CERTIFICADO MEDICO

**Certifico que el paciente acudió a la consulta de este Centro Médico, con diagnóstico CIE10:**

(R52.0) Dolor agudo

(K02.9) Caries dental, no especificada

SE INDICA REPOSO DE: 1 ( UN ) DIAS.

DESDE: 25/01/2023

HASTA: 25/01/2023

Actividad laboral: EMPLEADA DE LIMPIEZA

Tipo de contingencia y anamnesis: - Enfermedad general

Institución/Empresa: CLEANDEA

Puesto de trabajo: EMPLEADA DE LIMPIEZA

**Particular que certifico para los fines pertinentes**

*Dr. Kevin Rosero M.*  
MÉDICO GENERAL  
C.I. 093145502-6  
REG. SFNESCYT: 1006-7018-1977475

**DR(A). ROSERO MARTILLO KEVIN ALEJANDRO**  
**MEDICINA GENERAL**



NOMBRE:	MIKE JEREMÍAS POFIGUILLO GIEGL				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	06:56	12:26	13:28	15:35		Mike Poygillo G.
10/01/2023	07:03	12:18	13:17	16:01		Mike Poygillo G.
11/01/2023	07:02	12:26	13:25	15:35		Mike Poygillo G.
12/01/2023	6:55	12:26	13:26	16:17		Mike Poygillo G.
13/01/2023	07:00	13:02	14:06	16:27		Mike Poygillo G.
14/01/2023	07:45	—	—	13:06		Mike Poygillo G.
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	10:47	13:02	13:59	19:01		Mike Poygillo G.
17/01/2023	10:54	13:02	14:01	19:01		Mike Poygillo G.
18/01/2023	10:56	13:00	14:03	19:01		Mike Poygillo G.
19/01/2023	10:58	13:07	14:04	19:01		Mike Poygillo G.
20/01/2023	10:54	13:09	14:07	19:01		Mike Poygillo G.
21/01/2023	07:26	—	—	13:02		Mike Poygillo G.
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	06:55	12:13	13:16	15:01		Mike Poygillo G.
24/01/2023	06:57	12:13	13:10	15:15		Mike Poygillo G.
25/01/2023	06:55	12:31	13:29	15:23		Mike Poygillo G.
26/01/2023	06:57	12:15	13:11	15:05		Mike Poygillo G.
27/01/2023	06:51	12:15	13:13	15:09		Mike Poygillo G.
28/01/2023	06:56	—	—	12:05		Mike Poygillo G.

NOMBRE:	MIKE JEREMÍAS PONGUILLO GIEGL				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	10:52	13:06	14:03	19:02		Mike Pongullo G.
31/01/2023	10:53	13:10	14:07	19:03		Mike Pongullo G.
01/02/2023	10:54	13:05	14:03	19:01		Mike Pongullo G.
02/02/2023	10:57	13:10	14:08	19:02		Mike Pongullo G.
03/02/2023	10:50	13:08	14:05	19:03		Mike Pongullo G.
04/02/2023	06:58	—	—	12:05		Mike Pongullo G.
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	06:59	12:48	13:49	15:06		Mike Pongullo G.
07/02/2023	06:53	12:08	13:05	15:09		Mike Pongullo G.
08/02/2023	06:49	12:05	13:07	15:10		Mike Pongullo G.

*Mike Pongullo G.*

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR



NOMBRE:	ERICK ALEXANDER MUÑOZ VARGAS				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	07:00	12:00	13:00	16:07		Erick Muñoz
10/01/2023	07:00	12:08	13:08	16:05		Erick Muñoz
11/01/2023	07:00	12:20	13:20	16:10		Erick Muñoz
12/01/2023	6:57	12:00	13:00	16:10		Erick Muñoz
13/01/2023	6:55	12:00	13:00	15:07		Erick Muñoz
14/01/2023	7:50			13:00		Erick Muñoz
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	10:50	13:00	14:00	18:05		Erick Muñoz
17/01/2023	10:50	13:00	14:00	19:05		Erick Muñoz
18/01/2023	10:55	13:00	14:00	19:00		Erick Muñoz
19/01/2023	10:50	13:00	14:00	19:04		Erick Muñoz
20/01/2023	10:55	13:00	14:00	19:00		Erick Muñoz
21/01/2023	6:55			12:02		Erick Muñoz
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	10:55	13:00	14:00	19:00		Erick Muñoz
24/01/2023	10:55	13:00	14:00	19:05		Erick Muñoz
25/01/2023	10:55	—		19:01	Permiso 11:00	Erick Muñoz
26/01/2023	10:50	13:00	14:00	19:05		Erick Muñoz
27/01/2023	10:50	13:00	14:00	19:10		Erick Muñoz
28/01/2023	7:50			12:05		Erick Muñoz

NOMBRE:	ERICK ALEXANDER MUÑOZ VARGAS				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	7:00	12:10	13:10	15:07		Erick Muñoz
31/01/2023	6:50	12:00	13:00	15:10		Erick Muñoz
01/02/2023	7:00	12:00	13:00	15:10		Erick Muñoz
02/02/2023	6:55	12:00	13:00	15:00		Erick Muñoz
03/02/2023	6:50	12:00	13:00	15:00		Erick Muñoz
04/02/2023	6:50			12:07		Erick Muñoz
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	6:57	12:46	13:46	15:05		Erick Muñoz
07/02/2023	10:50	12:45	13:46	15:06		Erick Muñoz
08/02/2023	10:55	12:40	13:47	15:06		Erick Muñoz

Erick Muñoz

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR



NOMBRE:	ANGEL QUILER TORAL HERNÁNDEZ				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	06:24	13:00	14:00	15:35		Angel Quiler H
10/01/2023	06:25	12:30	13:30	15:33		Angel Quiler H
11/01/2023	06:28	12:20	13:20	15:30		Angel Quiler H
12/01/2023	06:22	12:30	13:30	15:32		Angel Quiler H
13/01/2023	06:25	12:40	13:40	16:00		Angel Quiler H
14/01/2023	07:00	—	—	12:00		Angel Quiler H
15/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	
16/01/2023	10:55	13:00	14:00	19:00		Angel Quiler H
17/01/2023	10:53	13:00	14:00	19:00		Angel Quiler H
18/01/2023	10:55	13:00	14:57	19:00		Angel Quiler H
19/01/2023	10:56	13:00	14:59			Angel Quiler H
20/01/2023	10:55	13:00	14:58	19:00		Angel Quiler H
21/01/2023	06:55					Angel Quiler H
22/01/2023	<del>06:25</del>				DOMINGO	Angel Quiler H
23/01/2023	06:25					Angel Quiler H
24/01/2023	06:27	12:30	13:30		14:17	Angel Quiler H
25/01/2023	06:26				13:00	Angel Quiler H
26/01/2023	06:23				13:30	Angel Quiler H
27/01/2023	06:26	12:45	13:46		14:30	Angel Quiler H
28/01/2023	06:50				12:00	Angel Quiler H

NOMBRE:	ANGEL QUILER TORAL HERNÁNDEZ			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	06:26	12:35	13:35	14:30		Angel Toral H.
31/01/2023	06:24			14:22		Angel Toral H.
01/02/2023	06:23			14:30		Angel Toral H.
02/02/2023	06:26	12:30	13:30	14:31		Angel Toral H.
03/02/2023	06:25	12:30	13:30	14:32		Angel Toral H.
04/02/2023	07:00			02:00		Angel Toral H.
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	07:00	13:10	14:08		15:00	Angel Toral H.
07/02/2023	10:53	13:00	14:00		19:00	Angel Toral H.
08/02/2023	10:53	13:01	14:01	19:00		Angel Toral H.

*Angel Toral H.*  
 FIRMA DE OPERARIO

\_\_\_\_\_  
 FIRMA ADMINISTRADOR



NOMBRE:	KARINA ELIANA CAGUA MEDRANDA				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	6:25	12:07	1:09	3:33		Karina Cagua
10/01/2023	6:20	12:19	1:19	3:31		Karina Cagua
11/01/2023	6:19	12:22	1:22	3:35		Karina Cagua
12/01/2023	6:24	12:09	1:09	3:33		Karina Cagua
13/01/2023	6:18	12:14	1:15	2:38		Karina Cagua
14/01/2023	7:02			12:12		Karina Cagua
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	11:04	1:16	2:16	7:06		Karina Cagua
17/01/2023	11:02	1:15	2:23			Karina Cagua
18/01/2023	11:06	1:10	2:10	7:10		Karina Cagua
19/01/2023	11:05	1:10	2:10	7:		Karina Cagua
20/01/2023	9:41	12:36	1:37	3:44		Karina Cagua
21/01/2023	7:06	12:45	1:46	3:00		Karina Cagua
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	7:06	12:45	1:46	3:01		Karina Cagua
24/01/2023	7:00	12:19	1:19	2:46		Karina Cagua
25/01/2023	7:09	12:19	1:15	2:50		Karina Cagua
26/01/2023	7:11	12:04	1:04	3:09		Karina Cagua
27/01/2023	7:24	12:16	1:04			Karina Cagua
28/01/2023	7:05			12:		Karina Cagua

NOMBRE:	KARINA ELIANA CAGUA MEDRANDA			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023	7:00	1:00	2:00	3:00	DOMINGO	Karin. Cagua
30/01/2023	7:05	12:00	1:00	3:00		Karin Cagua
31/01/2023	7:00	12:00	1:00	3:00		Karin Cagua
01/02/2023	7:00	12:00	1:10	3:00		Karin Cagua
02/02/2023	6:30	12:00	1:00	3:00		Karin Cagua
03/02/2023	6:35	12:17				Karin Cagua
04/02/2023	7:00			12:00		
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	11:02	13:00	14:00	19:02		Karin Cagua
07/02/2023	11:05	13:02	14:02	19:03		Karina Cagua
08/02/2023	11:03	13:00	14:00	19:05		Karina Cagua

Karina Cagua

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR



NOMBRE:	TANIA MORENO				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH			OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	6:40	12:15	13:15	15:30		Moreno Ramos Tania
10/01/2023	6:35	12:15	13:15	15:35		Moreno Ramos Tania
11/01/2023	6:34	12:20	13:20	15:35		Moreno Ramos Tania
12/01/2023	6:33	12:22	13:22	15:33		Moreno Ramos Tania
13/01/2023	6:32	12:17	13:17	14:35		Moreno Ramos Tania
14/01/2023	7:03	—	—	12:10		Moreno Ramos Tania
15/01/2023					DOMINGO	
16/01/2023	11:00	13:20	14:20	19:05		Moreno Ramos Tania
17/01/2023	11:10	13:02	14:02	19:00		Moreno Ramos Tania
18/01/2023	11:05	13:08	14:08	19:02		Moreno Ramos Tania
19/01/2023	11:03	13:10	14:10	19:05		Moreno Ramos Tania
20/01/2023	11:00	13:02	14:02	19:00		Moreno Ramos Tania
21/01/2023	10:58	13:00	14:00	19:00		Moreno Ramos Tania
22/01/2023	7:00	—	—	12:00	DOMINGO	70
23/01/2023	6:32	12:00	13:00	14:32		Moreno Ramos Tania
24/01/2023	6:30	12:10	13:10	14:30		Moreno Ramos Tania
25/01/2023	6:29	12:10	13:10	14:35		Moreno Ramos Tania
26/01/2023	6:28	12:30	13:30	14:32		Moreno Ramos Tania
27/01/2023	6:20	12:22	13:22	14:35		Moreno Ramos Tania
28/01/2023	6:32	12:25	13:25	14:32		Moreno Ramos Tania

NOMBRE:	TANIA MORENO			Asociación	CLEANDEAL	
MES DE:	ENERO-FEBRERO			LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES	
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	—
30/01/2023	11:02	13:20	14:20	19:08		Moreno Ramos Tania
31/01/2023	11:17	13:08	14:08	19:00		Moreno Ramos Tania
01/02/2023	10:56	13:22	14:02	19:05		Moreno Ramos Tania
02/02/2023	10:58	13:12	14:12	19:03		Moreno Ramos Tania
03/02/2023	11:04	13:13	14:13	19:08		Moreno Ramos Tania
04/02/2023	7:00	—	—	12:03		Moreno Ramos Tania
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	6:21	12:20	13:20	14:32		Moreno Ramos Tania
07/02/2023	6:18	12:18	13:18	14:33		Moreno Ramos Tania
08/02/2023	6:22	12:00	13:00	14:32		Moreno Ramos Tania

*Moreno Ramos Tania*

FIRMA DE OPERARIO

FIRMA ADMINISTRADOR



NOMBRE:	SILVANO ROBERTO TRIVIÑO CHIPE				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO				LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
09/01/2023	06:20	13:03	14:07		15:33	Roberto Triviño Chipe
10/01/2023	06:20	12:20	13:20	15:30		Roberto Triviño Chipe
11/01/2023	06:19	12:20	13:20	15:31		Roberto Triviño Chipe
12/01/2023	06:44	12:25	13:25	15:32		Roberto Triviño Chipe
13/01/2023	06:20	13:20	14:20	15:43		Roberto Triviño Chipe
14/01/2023	06:55	—	—	12:00		Roberto Triviño Chipe
15/01/2023	—	—	—	—	DOMINGO	
16/01/2023	06:16	12:17	13:17	15:43		Roberto Triviño Chipe
17/01/2023	06:23	12:19	13:19	14:38		Roberto Triviño Chipe
18/01/2023	06:17	12:55	13:55	15:50		Roberto Triviño Chipe
19/01/2023	06:21	12:31	13:31	15:23		Roberto Triviño Chipe
20/01/2023	06:16	13:00	14:00	16:10		Roberto Triviño Chipe
21/01/2023	06:55			12:00		Roberto Triviño Chipe
22/01/2023					DOMINGO	
23/01/2023	06:23	12:15	13:15	14:33		Roberto Triviño Chipe
24/01/2023	06:17	12:22	13:22	14:33		Roberto Triviño Chipe
25/01/2023	06:19	12:37	13:37	14:33		Roberto Triviño Chipe
26/01/2023	06:23	12:19	13:19	14:32		Roberto Triviño Chipe
27/01/2023	06:19	12:14	13:14	14:45		Roberto Triviño Chipe
28/01/2023	07:01			12:00		Roberto Triviño Chipe

NOMBRE:	SILVANO ROBERTO TRIVIÑO CHIPE				Asociación	CLEANDEAL
MES DE:	ENERO-FEBRERO			HORA SALIDA	LOCAL	UNIVERSIDAD DE LAS ARTES
FECHA	HORA ENTRADA	LUNCH		HORA SALIDA	OBSERVACIONES	FIRMA
		SALE	ENTRA			
29/01/2023					DOMINGO	
30/01/2023	06:22	12:26	13:26	14:46		Roberto Triviño Chipe
31/01/2023	06:21	12:16	13:16	14:22		Roberto Triviño Chipe
01/02/2023	06:19	12:00	13:00	14:34		Roberto Triviño Chipe
02/02/2023	06:19	12:27	13:27	14:36		Roberto Triviño Chipe
03/02/2023	06:14	12:30	13:30	14:33		Roberto Triviño Chipe
04/02/2023	07:08			12:00		Roberto Triviño Chipe
05/02/2023					DOMINGO	
06/02/2023	06:56	13:06	14:06	15:03		Roberto Triviño Chipe
07/02/2023	06:19	12:30	13:30	14:32		Roberto Triviño Chipe
08/02/2023	06:16	12:30	13:30	14:30		Roberto Triviño Chipe

Silvano Roberto Triviño Chipe  
 FIRMA DE OPERARIO

\_\_\_\_\_  
 FIRMA ADMINISTRADOR