

**JR** – Estudios e Investigación  
**CONSULTOR INDEPENDIENTE**  
 Urb. Carcelén - 022470384 /  
 084023864 /



Secretaría de Ordenamiento  
 Territorial, Hábitat y Vivienda

**PROCESO DE ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LEGÍTIMOS POSESIONARIOS DE LOS  
 ASENTAMIENTOS IRREGULARES DE ATUCUCHO, SAN JACINTO Y NUEVOS HORIZONTES.**

**CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN PRESENTADA**

**BARRIO: ATUCUCHO**

**SECTOR: CAMPIÑA**

**A.- IDENTIFICACIÓN**

- 1.- Nombres y apellidos completos: CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR ATUCUCHO
- 2.- Cedula de identidad: 1791736958001  
 Lugar y fecha de nacimiento: QUITO, 30/01/2009
- 4.- Representante Legal : BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO
- 5.- Ocupación: CONSULTA Y TRATAMIENTO EN HOSPITALES

**B.- IDENTIFICACIÓN DEL LOTE**

- 1.- Manzana 32 N° Lote 6 Superficie Censo : 204 m2

**C. – DOCUMENTOS PRESENTADOS**

- |  | SI | NO |
|--|----|----|
| a) Copias de las cédulas de ciudadanía, si son casados;  | X  |    |
| b) Copia de la partida de defunción, si es viuda/o   |    |    |
| c) Si vive en Unión Libre, documento que respalde tal situación.   |    |    |
| d) Copia del certificado de votación en el último evento electoral;  | X  |    |
| e) Original o copia de el o los documentos que acrediten el origen<br>y tiempo de posesión del lote;   | X  |    |
| f) En caso de encontrarse divorciado/a, sentencia de divorcio<br>o partida de matrimonio.  |    |    |
| g) Certificado actualizado del Registrador de la Propiedad<br>del cantón Quito que compruebe que el solicitante no<br>es propietario de otro u otros bienes raíces dentro del<br>Distrito Metropolitano de Quito, antes del año de 1996. |    |    |

**D.- OBSERVACIONES:**

DOCUMENTACION COMPLETA-

Quito D.M. a los días del mes de febrero de 2011

Registrado por.

1940 I

REPUBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL  
IDENTIFICACION Y CEDULACION

CEDULA DE CIUDADANIA No. 1703263853-1

BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO

NOMBRES Y APELLIDOS: BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO SUAREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 04/01/1961

REG. CIVIL: QUITO

PROVINCIA: QUITO

LOCALIDAD DE RESIDENCIA: QUITO

FIRMA DEL CEDULADO



ECUATORIANO \*\*\*\*\* V2134V1222

BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO


PROFESION: ABOGADO

INSTRUCCION: BOSSANO

NOMBRE Y APELLIDO DE MADRE: RIVADENEIRA GUILLERMO

FECHA DE EMISION: 05/01/2004

FORMA: REN Pch 0895315



REPUBLICA DEL ECUADOR  
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL  
CERTIFICADO DE VOTACION  
ELECCIONES GENERALES JUNIO 2009


160-0024 1703263853

BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO

PROVINCIA: QUITO


PARROQUIA: QUITO

SE PRESIDENCIA DE LA JUNTA

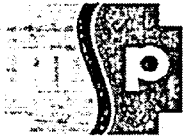


NOTARIA VIGESIMA CUARTA DEL CANTON QUITO.  
De acuerdo con la facultad prevista en el numeral 5 del  
Art. 18 de la Ley Notarial, doy fé que la COPIA que  
antecede es igual al documento presentado ante mi-  
Quito, 10 9 DIC 2009

DR. SEBASTIAN VALDIVIAO CHEVA



CAMPINA - MZ. 32 - LT. 6.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE PICHINCHA

VIGILANCIA SANITARIA PROVINCIAL

PERMISO DE FUNCIONAMIENTO N° 270624

AÑO 2010



Código del establecimiento: 56201

Nombre o razón social del establecimiento: CENTRO MEDICINA FAMILIAR ATUCUCHO

Nombre del propietario o representante legal: BOSSANO RIVADENEIRA GUILLERMO

N° RUC del establecimiento: 1791736958001 N° C.C. del propietario del establecimiento: 1703263853

Ubicación del establecimiento: QUITO COTACOLLAO CUARENTA  
/ Canton / / Ciudad / / Sector /

CALLE 823 SIN N56141 3412914  
/ Calle principal / N° / Intersecciones / / Teléfono / E-mail /

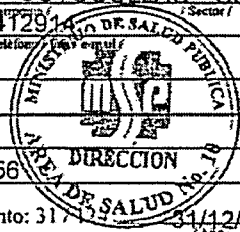
Tipo del establecimiento: CENTROS MEDICOS

Categoría: DE CUATRO O MAS ESPECIALIDADES

Actividad ( es ): ATENCION MEDICA

Orden de pago N°: 17105620110 Valor: \$ 34.56

Fecha de Expedición: 08/07/2010 Fecha de Vencimiento: 31/12/2010  
/ Día / Mes / Año / / Año /




*[Signature]*

*[Signature]*

DR. AMALIA AYBACA

Coordinador de Vigilancia Sanitaria Provincial  
DR. EDGAR ESPINOZA V.

Nota: Las condiciones bajo las cuales fue autorizado el funcionamiento son verificables en cualquier momento.

 <b>HOSPITAL VOZANDES QUITO</b> <small>"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"</small>	<b>DRA. MARÍA DEL ROSARIO GUAMÁN TOAZA</b>		
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O TÉCNICOS</b>		
<b>AL-COOR.-ATUCUCHO-C0001</b>	Preparado por:	Dr. Guillermo Bossano	Tipo: HF
	Revisado por:	Dr. Gustavo Salazar	<b>Pág. 1 de 3</b>

Comparecen: por una parte, el Doctor Guillermo Bossano Rivadeneira, en calidad de Representante Legal de La Corporación The WORLD RADIO MISSIONARY FELLOWSHIP INC., (HCJB la Voz de los Andes), a través de su división de salud, HOSPITAL VOZANDES QUITO (CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR VOZANDES ATUCUCHO), que en adelante se denominará EL CENTRO; y, por otra parte, la Doctora MARÍA DEL ROSARIO GUAMÁN TOAZA, con cédula de ciudadanía No. 170735904-6, en calidad de médica, especialista en Medicina Familiar, que en adelante se le denominará LA PROFESIONAL, quienes convienen en celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, al tenor de las siguientes cláusulas:


**1. ANTECEDENTES.-** Los antecedentes que fundamentan el presente instrumento son como siguen:

- a) La Corporación The World Radio Missionary Fellowship Inc., (HCJB La Voz de los Andes), es una entidad sin fines de lucro, destinada al servicio de la Comunidad Ecuatoriana, uno de aquellos servicios es el que lo desarrolla a través de su División de Salud, para lo cual cuenta con sus Hospitales tanto en Quito como en el Oriente.
- b) La Doctora MARÍA DEL ROSARIO GUAMÁN TOAZA es una profesional de la medicina, con título de Doctora en Medicina y Cirugía otorgado por la Universidad Central del Ecuador, con matrícula profesional del Colegio Médico de Pichincha No. 6951; y especialista en Medicina Familiar, otorgada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador; por lo tanto se halla habilitada para el ejercicio profesional, sin que exista limitación alguna para el efecto.

**2. OBJETO SERVICIOS PROFESIONALES.-** Con estos antecedentes, la Corporación The WORLD RADIO MISSIONARY FELLOWSHIP INC., (HCJB La Voz de los Andes), a través de su división de salud, HOSPITAL VOZANDES QUITO (CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR VOZANDES ATUCUCHO), contrata los servicios profesionales y personales de LA PROFESIONAL, quien se obliga por sus propios derechos para con la Institución y como profesional de la medicina y especialista en Medicina Familiar, a desarrollar las siguientes actividades:

- a) Prestar sus servicios profesionales en calidad de DIRECTORA DE LA CLINICA DEL DIA VOZANDES ATUCUCHO.
- b) Mantener un alto grado de eficiencia, responsabilidad y profesionalidad necesaria para el desempeño de sus actividades.
- c) Su comportamiento y trato profesional será de absoluto respeto y cordialidad con el paciente, sus familiares, médicos, empleados y público en general.
- d) Dar cumplimiento a los reglamentos y coordinar todas las actividades emanadas por la Corporación The World Radio Missionary Fellowship Inc., a través de las autoridades respectivas o del personal autorizado.
- e) Respetar la filosofía cristiana evangélica, principios y normas establecidas por la Corporación The World Radio Missionary Fellowship Inc.
- f) La profesional prestará sus servicios profesionales por cuatro horas, una vez a la semana.

**3. PLAZO.-** El presente contrato tendrá la vigencia de UN AÑO, contado a partir de la fecha de suscripción del mismo, debiendo terminar al cumplimiento del plazo sin necesidad de aviso de las partes; sin embargo de lo dicho anteriormente, si EL CENTRO considera que la prestación de servicios profesionales para los cuales se contrata a LA

 <b>HOSPITAL VOZANDES QUITO</b> <small>* A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador *</small>	<b>DRA. MARÍA DEL ROSARIO GUAMÁN TOAZA</b>		
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O TÉCNICOS</b>		
<b>AL-COOR.-ATUCUCHO-C0001</b>	Preparado por:	Dr. Guillermo Bossano	Tipo: HF
	Revisado por:	Dr. Gustavo Salazar	<b>Pág. 2 de 3</b>

PROFESIONAL, no satisface las necesidades o los requerimientos de la misma, esta podrá dar por terminado el contrato anticipadamente, sin que por tal motivo haya lugar al pago de indemnización alguna dada la naturaleza del contrato.

En caso que LA PROFESIONAL, desee dar por terminado el presente contrato antes del plazo señalado, deberá notificar de este particular a EL CENTRO por lo menos con treinta días de anticipación o por mutuo acuerdo de las partes.

**4. HONORARIOS.-** LA PROFESIONAL, por sus servicios profesionales recibirá como honorarios por todo el tiempo de duración del contrato y por la ejecución del mismo, la cantidad de: quinientos dólares de los Estados Unidos de Norteamérica 00/100, (US \$ 500,00), pago que se lo realizará de forma acumulada, a fin de cada mes previo la presentación de la factura. EL CENTRO retendrá del pago el porcentaje que la Ley de Régimen Tributario Interno y su Reglamento General lo determinen para este tipo de servicios.

LA PROFESIONAL, cuyos servicios se contrata, acepta que los honorarios establecidos se pagan en conformidad con la tabla CPT que EL CENTRO tiene para el efecto, la misma que regula los honorarios en razón de las horas que la profesional preste sus servicios.

**5. PROCESOS ADMINISTRATIVOS.-** LA PROFESIONAL se sujetará en forma exclusiva a la administración interna y en todo lo relacionado con la actividad y procesos de EL CENTRO. Los servicios profesionales contratados, no serán vinculados a ningún condicionamiento de asociación de LA PROFESIONAL con empresas de seguros o de medicina prepagada, ni a convenios corporativos o individuales pactados con anterioridad, durante y posteriormente a la celebración del presente contrato, por lo que deberá acatarse la independencia administrativa y exclusiva de EL CENTRO.


**6. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.-** LA PROFESIONAL, cumplirá con las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica de la Salud, Manual de Normas Médicas de EL CENTRO, Código de Ética Profesional e Institucional y demás normas-legales pertinentes. En toda la actividad relacionada con las cláusulas del presente contrato, éstas prevalecerán sobre las Normas Médicas del Manual del CENTRO.

En caso de ausencia de LA PROFESIONAL, EL CENTRO se reserva el derecho de dar por terminado el presente contrato y buscar el reemplazo correspondiente.

LA PROFESIONAL en ejercicio de la prestación de sus servicios médicos, asume su plena responsabilidad legal, civil, penal o administrativa frente a los pacientes, comunidad, y frente a la Institución. EL CENTRO se reserva el derecho de brindarle o negarle el apoyo en el campo legal basado en el cumplimiento de las normas establecidas internamente por la misma y el derecho de repetición.

La suspensión justificada o no de los servicios profesionales o la negativa a brindarlos que genere daños y perjuicios tanto para el paciente cuanto para EL CENTRO, deberá ser indemnizada por LA PROFESIONAL.

En forma especial y expresa queda restringido el uso del sistema informático, el mismo que es de uso institucional, está prohibido expresamente para uso personal más aún con propósitos comerciales, negocios privados y fines políticos.

 <b>HOSPITAL VOZANDES QUITO</b> <small>"A la gloria de Dios y al Servicio del Ecuador"</small>	<b>DRA. MARÍA DEL ROSARIO GUAMÁN TOAZA</b>		
	<b>CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O TÉCNICOS</b>		
<b>AL-COOR.-ATUCUCHO-C0001</b>	Preparado por:	Dr. Guillermo Bossano	Tipo: HF
	Revisado por:	Dr. Gustavo Salazar	<b>Pág. 3 de 3</b>


**7. CONFIDENCIALIDAD.-** LA PROFESIONAL, médica de la institución por medio del presente instrumento se compromete a guardar confidencialidad absoluta respecto de cualquier y toda información que sea de su conocimiento o que será de su conocimiento con relación a todos los sistemas de atención, control, auditoría médica, procedimientos médicos, de laboratorio y más servicios relacionados que se apliquen en la institución; ya que cualquier comentario puede afectar la imagen de la institución o a funcionarios de la misma; o facilitar transferencia de conocimientos establecidos en detrimento de EL CENTRO.

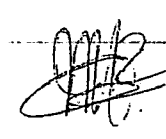
**8. VIGENCIA DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.-** El presente acuerdo de confidencialidad tendrá vigencia a partir de la presente fecha y mantendrá permanencia aún cuando la funcionaria deje de pertenecer a la Institución.

**9. SANCION.-** La infracción o violación al acuerdo de confidencialidad expresado en el presente instrumento y a las normas internas de la Institución, obligará al aceptante al pago de daños y perjuicios, daño moral y a las indemnizaciones legales tanto a la institución o a funcionarios de EL CENTRO, de HCJB, o a terceros con los que la institución tenga compromisos suscritos o verbales.

**10. NORMA LEGAL, JURISDICCIÓN Y TRÁMITE.-** La norma legal que rige este tipo de contrato, es aquella establecida en el Título XXV, parágrafo 8vo. del Libro Cuarto del Código Civil, además quedan incorporadas todas las leyes generales, especiales y orgánica que no se hayan estipulado. Por la naturaleza del contrato este no contempla beneficios establecidos para contratos de relación de dependencia. De existir alguna contradicción entre las cláusulas del presente contrato y las contenidas en el Manual de Normas Médicas de EL CENTRO prevalecerán las del presente contrato. De existir divergencias respecto al contrato, las partes tratarán de superarlas en el plano de la amistad y cordialidad, de no lograrlo, renuncian fuero y domicilio, y se someten a la resolución de un Juez competente de la provincia de Pichincha, con jurisdicción del Distrito Metropolitano de Quito. Y al trámite verbal sumario u ordinario a elección de la parte afectada.

**11. ACEPTACIÓN y RATIFICACIÓN.-** Tanto EL CENTRO y LA PROFESIONAL aceptan en tres versiones de igual contenido y valor el presente documento; y, se ratifican en todas sus disposiciones y estipulaciones. Además, declaran anulados y sin ningún efecto legal todo contrato suscrito por las partes con anterioridad al presente documento. Para constancia firman en el D.M. De Quito, a 01 de JULIO del 2009.

  
 Dr. Guillermo Bossano Rivadeneira  
**Representante Legal**  
**Corporación WRMF, Inc.**  
**HOSPITAL VOZANDES QUITO**  
**CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR VOZANDES ATUCUCHO**

  
 Dra. María del Rosario Guamán Toaza  
**CC. 170735904-6**  
**Carnet Profesional No. 6951**



# REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTES SOCIEDADES

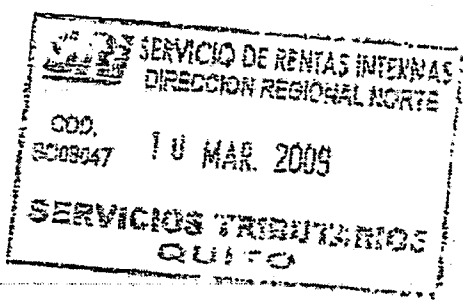
NUMERO RUC: 1791736958001  
RAZON SOCIAL: HOSPITAL VOZANDES DE QUITO

No. ESTABLECIMIENTO: 004 ESTADO ABIERTO FEC. INICIO ACT. 30/01/2009  
NOMBRE COMERCIAL: CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR ATUCUCHO  
ACTIVIDADES ECONÓMICAS: FEC. CIERRE:  
ACTIVIDADES DE CONSULTA Y TRATAMIENTO EN HOSPITALES. FEC. REINICIO:

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO:  
Provincia: PICHINCHA Cantón: QUITO Parroquia: COTOCOLLAO Barrio: ATUCUCHO Calle: CALLE 823 Número: S/N  
Intersección: N56141 Referencia: JUNTO A LA ESCALINATA Telefono Trabajo: 023413915

No. ESTABLECIMIENTO: 005 ESTADO ABIERTO FEC. INICIO ACT. 10/03/2009  
NOMBRE COMERCIAL: CENTRO MEDICO FAMILIAR VOZANDES  
ACTIVIDADES ECONÓMICAS: FEC. CIERRE:  
ACTIVIDADES DE CONSULTA Y TRATAMIENTO EN HOSPITALES. FEC. REINICIO:

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO:  
Provincia: PICHINCHA Cantón: QUITO Parroquia: PIFO Calle: IGNACIO FERNANDEZ SALVADOR Número: 314  
Referencia: JUNTO AL COLEGIO BUEN PASTOR Edificio: CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR Oficina: P3 Telefono Trabajo: 022390900



FIRMA DEL CONTRIBUYENTE SERVICIO DE RENTAS INTERNAS

Usuario: DOEV070405 Lugar de emisión: QUITO/PAEZ 655 Y RAMIREZ Fecha y hora: 10/03/2009



## COMITÉ PRO MEJORAS DEL BARRIO "ATUCUCHO"

REFORMADO MEDIANTE ACUERDO MINISTERIAL No02935 DE NOVIEMBRE 1994

Trabajando juntos por el desarrollo Comunitario

CERTIFICADO N° 000484 Quito, 31 de agosto del 2004

Sobre la base del convenio suscrito con el ILUSTRE MUNICIPIO METROPOLITANO DE QUITO, el día 10 de julio de 1998, y ratificado el 3 de mayo de 1999, el Asentamiento Urbano de Atucucho certifica la posesión del siguiente predio: —

### 1.- UBICACIÓN DEL PREDIO

Asentamiento Urbano Atucucho	Clave Catastral N°	42502	
Sector: <del>LA CAMPINA</del>	Manzana N°	30	
Entre: Calle 8 y Calle 7	Lote N°	06	
Etapa	Terreno N°	Casa N°	
Area de terreno	210,535 m <sup>2</sup>	Area de construcción	70 m <sup>2</sup>

El Comité pro Mejoras del Barrio Atucucho certifica que el grupo familiar constituido por:

Señor.	SUBCENTRO DE SALUD	C.I.											
Señora.	VOZ ANDES	C.I.											

Son poseedores del mencionado lote de terreno, por lo cual pueden tramitar el Bono de la Vivienda a través de la siguiente entidad técnica o O.D.H.

Nombre de la Institución

Tailor Herrera PRESIDENTE	Segundo Tadeo SECRETARIO	José Ostaza TESORERO



CUENTA N°: **52906043** RUC/CI: **17090102121001**  
 CLIENTE: **HCJB LA VOZ DE LOS ANDES** TELÉFONO: **2262142**  
 DIRECCIÓN: **BA ATUCUCHO CA 7 LT S/N**  
 PLACA PREDIAL: **N56-141** SECTOR: **COTOCOLLAO**  
 N° DE MEDIDOR: **4057957** CTA. ESP: **0**


FECHA Y LECTURA ANTERIOR		FECHA Y LECTURA ACTUAL	
2010-01-20	1 245	2010-02-17	*****
EVOLUCION DE SU CONSUMO		REGISTRO DE PAGO	
PERIODO	M3		
09-02	17	Banco: PRÓDUBANCO	
09-03	21	EL VALOR DE ESTA FACTURA SE	
09-04	30	ENVIARA AL BANCO PARA EL	
09-05	24	DEBITO DE SU CUENTA	
09-06	54	MENSAJES AL CLIENTE	
09-07	48		
09-08	48	-ESTIMADO CLIENTE-, CON LA	
09-09	53	CANCELACION DEL VALOR DE ESTA	
09-10	0	FACTURA HASTA LA FECHA LIMITE	
09-11	48	DE PAGO, SE EVITARA LA	
09-12	48	SUSPENSION DEL SERVICIO Y	
10-01	48	VALORES POR JUICIO COACTIVO	
10-02	48		

CICLO	SECTOR	RUTA	MZ	SECUENCIA	PISO	DPTO.
14	052	36		032 02990	0C	Q

CONSUMO (M3)	N. DEP	TARIFA	Domestico
48	0	SEC. ECO. 7	

DESCRIPCIÓN	VALOR USD
ÁGUA	24,91
ALCANTARILLADO	9,62
ADMIN. CLIENTES	2,10
TASA X NOMENCLA. EMOP	0,44

**15-20**



<b>SUBTOTAL</b>	<b>37,07</b>
<b>IVA 0%</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>37,07</b>

MESES DEUDA: 1

**SGS** El Agua Potable de EMAAPQ tiene certificación del cumplimiento de la norma INEN 1108

FECHA EMISIÓN: **2010-02-17** FECHA VENCIMIENTO: **DEB. BANCARI**  
 NO TENDRA VALIDEZ SIN EL REGISTRO DE PAGO

Empresa Metropolitana de Alcantarillado y Agua Potable Quito

**EMAAP-Q**  
RUC: 1760009370001

TOTAL A PAGAR USD **37,07**

RECAUDACIÓN

1947

FOND-VIDA LTDA.

COMPROBANTE DE DEPOSITO SIN LIBRETA

OFICINA.: QUITO - MATRIZ

FECHA...: 2011-03-30 12:40:08 (CLIENTE)

CLIENTE.: (002296)COMITE PROMOTORAS ATUCLUCHO

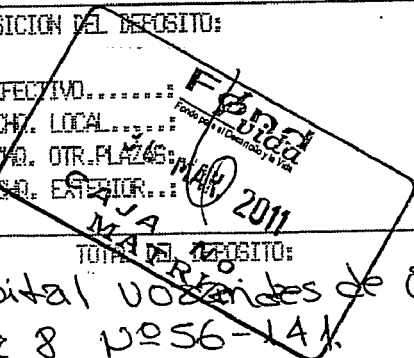
CUENTA.#: 320101002296 - AHORROS A LA VISTA

COMPOSICION DEL DEPOSITO:

EFFECTIVO.....	12.00
CHK. LOCAL.....	0.00
CHK. OTR. PLAZAS.....	0.00
CHK. EXTERIOR.....	0.00

TOTAL DEL DEPOSITO: 12.00

Hospital Vozandes de Quito  
calle 8 N°56-141



Quito, 17 de marzo del 2008

Señor doctor  
**GUILLERMO BOSSANO RIVADENEIRA**  
Presente.-

De mi consideración:

En mi calidad de Mandatario de WORLD RADIO MISSIONARY FELLOWSHIP, INC., (HCJB LA VOZ DE LOS ANDES) y como Director Regional para América Latina, me permito comunicarle, que usted ha sido ratificado en sus funciones de **REPRESENTANTE LEGAL Y ASESOR JURIDICO DE LA CORPORACION WORLD RADIO MISSIONARY FELLOWSHIP, INC. (HCJB LA VOZ DE LOS ANDES)** y su División de SALUD, que integran HOSPITAL VOZANDES QUITO, HOSPITAL VOZANDES DEL ORIENTE Y CLINICAS EN QUITO, División de COMUNICACIONES, que integran RADIO HCJB LA VOZ DE LOS ANDES, AM, FM Y REPETIDORAS QUITO, HCJB 2 GUAYAQUIL Y REPETIDORA, TELEVOZANDES; y División de EDUCACION, que integra EL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR CENTRO CRISTIANO DE COMUNICACIONES, **INDEFINIDAMENTE**

Aprovecho la oportunidad para reiterarle nuestra confianza y además desearte éxito en las funciones encomendadas.

Atentamente,

**Sr. Graham Bradley Bulmer**  
Director Regional para América Latina  
WORLD RADIO MISSIONARY FELLOWSHIP, INC.  
(HCJB LA VOZ DE LOS ANDES)

NOTARIA VIGESIMA CUARTA DEL CANTON QUITO  
De acuerdo con la facultad prevista en el numeral 5 del Art. 18 de la Ley Notarial, doy fe que la COPIA que antecede es igual al documento presentado ante mi-  
Quito, 05 JUN 2009.

**DR. SEBASTIAN VALDIVIEGO CUEVA**  
NOTARIO



EMAIL: info@hcjb.org

a ministry of World Radio Missionary Fellowship, Inc.

WEBSITE: http://www.hcjb.org

H2 32  
lote 6.

**EMPRESA PÚBLICA METROPOLITANA DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO**

Empresa Pública Metropolitana  
de Agua Potable y Saneamiento  
RUC. 1768154260001

MATRIZ: Av. Mariana de Jesús entre Alemania e Italia - Aparlado 1370  
CONTRIBUYENTE ESPECIAL: Resolución No. 281 del 23 de Enero de 1997  
AUTORIZACIÓN SRI No. **1108194383** VALIDO HASTA **Abril**

www.emapq.gov.ec - Atención al cliente: 1800-242424 / 2994 400 / Ext. 5025 / 2994 450

LA EMPRESA PÚBLICA MANTIENE  
CERTIFICACIONES ISO 9001 Y ISO 14001  
TAMBIÉN COMO LA Acreditación  
ISO 17025 EN SUS LABORATORIOS

Factura Nro.  
**001-001-3810281**

2011

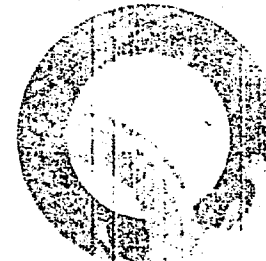
CUENTA N°: **52906043** RUC/CI: **17090102121001**  
CONSUMIDOR FINAL  
CLIENTE: **HCJB LA VOZ DE LOS ANDES** TELÉFONO: **2262142**  
DIRECCIÓN: **BA ATUCUCHO CA 7 LT S/N**  
PLACA PREDIAL: **N56-141** SECTOR: **COTOCOLLAO**  
N° DE MEDIDOR: **10901764** CTA. ESP: **0**

CICLO	SECTOR	RUTA	MZ	SECUENCIA	PISO	DPTO.
14	052	36	032	02990	00	02

CONSUMO (M3) **23** N. DEP **0** TARIFA **Domestico**  
FACTURACIÓN **Real** SEC. ECO **7**

FECHA Y LECTURA ANTERIOR		FECHA Y LECTURA ACTUAL	
2010-12-17	236	2011-01-19	259
EVOLUCION DE SU CONSUMO		REGISTRO DE PAGO	
PERIODO	M3	MONTO SUBSIDIADO USD 10,55	
10-01	48	Banco: PRODUBANCO	
10-02	48	ESTIMADO CLIENTE: EL VALOR DE	
10-03	48	ESTA FACTURA SERA DEBITADO DE	
10-04	48	SU CUENTA BANCARIA	
10-05	48	MENSAJES AL CLIENTE	
10-06	48	-ESTIMADO CLIENTE-, CON LA	
10-07	22	CANCELACION DEL VALOR DE ESTA	
10-08	15	FACTURA HASTA LA FECHA LIMITE	
10-09	6	DE PAGO, SE EVITARA LA	
10-10	20	SUSPENSION DEL SERVICIO Y	
10-11	34	VALORES POR JUICIO COACTIVO	
10-12	26		
11-01	23		

DESCRIPCIÓN	VALOR USD
AGUA	7,49
ALCANTARILLADO	2,89
ADMIN. CLIENTES	2,10
TASA X NOMENCLA. EMOP	1,06



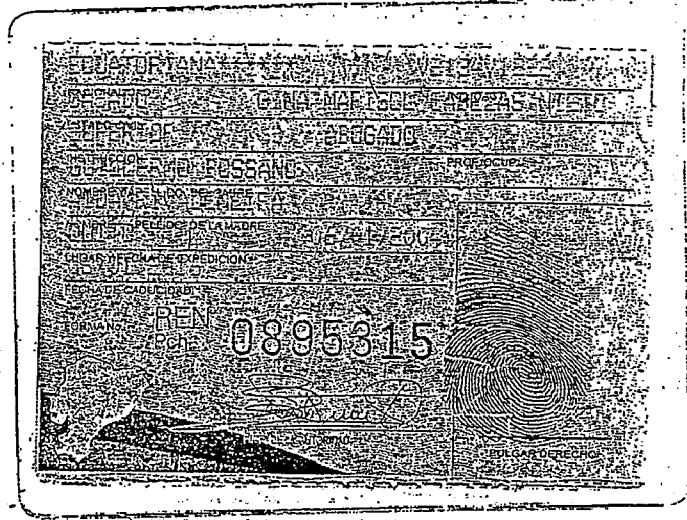
CLIENTE

**SGS** El Agua Potable de esta  
Empresa Pública tiene certificación del  
cumplimiento de la norma INEN 1108

FECHA EMISIÓN **2011-01-19** FECHA VENCIMIENTO **DEB. BANCARI**

VALIDO ÚNICAMENTE CON REGISTRO DE PAGO, SELLO O COMPROBANTE ELECTRÓNICO

SUB TOTAL	13,54
IVA 0%	0,00
MESES DEUDA	1
TOTAL A PAGAR	USD 13,54




**NOTARIA VIGESIMA CUARTA DEL CANTON QUITO.**  
De acuerdo con la facultad prevista en el numeral 5 del  
Art. 18 de la Ley Notarial, doy fe que la COPIA que  
antecede es igual al documento presentado ante mi-  
Quito, **10 9 DIC 2009**

*Wm M...*

**DR. SEBASTIAN VALDIVIAO CUEVA**

NOTARIO



ASOCIACIÓN TERCERA EDAD  
AMIGOS PARA SIEMPRE DE ATUCUCHO



Quito, 11 de Julio del 2009

Sr. Alcalde del Distrito Metropolitano  
Augusto Barrera  
Presente.-

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial y afectuoso saludo a nombre de los integrantes de la asociación Amigos para Siempre, de la tercera edad de Atucucho con el acuerdo ministerial N° 0257 y al mismo tiempo felicitándole en sus funciones que muy acertadamente las dirige.

La presente tiene como finalidad solicitar de la manera más especial nos ayude con las construcción de la casa de la tercera edad y Amigos para Siempre ya que tenemos el terreno que está ubicado en la calle 21 y la H con una superficie 208m2 que es donde los abuelitos hacen la gimnasia los días Sábados con el instructor que nos dio el Municipio y no tenemos un techo también le pedimos nos ayude con la legalización de las tierras de Atucucho a la parte que le corresponde al municipio, ya que estamos en posesión 22 años y no tenemos las escrituras.

Esperando que nuestro pedido tenga una aceptación favorable desde ya. le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

*por Martha Centeno*  
Sra. Martha Centeno  
PRESIDENTA

*M. Rosario Quiroga*  
Sra. Rosario Quiroga  
SECRETARIA

*Recibido  
por...*

*Marina Fernández*  
Sra. Marina Fernández  
TESORERA



REPUBLICA DEL ECUADOR  
 DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL IDENTIFICACION Y CEDULACION

CECULA DE **IDENTIDAD** No. **171404734-5**


**ALEXIS ENCARNACION SARMIENTO**


25 DE MARZO DE 1965

ANZOATEGUI VENEZUELA

RES. CIVA. EXT. **22 15047 44863**

**QUITO PCHA-1994 EXT.**

FIRMA DEL CEDULADO 



VENEZOLANA V3333 12222

CC. **ROSARIO PATRICIA PULLUPAKI VILLA**

ESTADO CIVIL **PRIMARIA/LCTVS. PER. POR LEY**

INSTRUCCION **SALOMON ALFREDO BOYER CAMACHO**

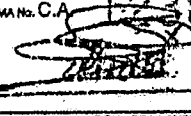
NO. DE Y APELLIDO DEL PADRE **MARIA ESPERANZA SARMIENTO**


NO. DE Y APELLIDO DE LA MADRE **QUITO-3-4-2002**

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION **QUITO-3-4-2014** AFP

FECHA DE CADUCIDAD

FORMA No. C.A. **1238014**

FIRMA DE LA AUTORIDAD 

PULGAR DERECHO 

RENOVACION 749

REPÚBLICA DEL ECUADOR  
 CONSEJO NACIONAL ELECTORAL  
 CERTIFICADO DE VOTACIÓN


200-0326 1714047345  
 NÚMERO CÉDULA

SARMIENTO ALEXIS ENCARNACION

PICHINCHA QUITO  
 PROVINCIA CANTÓN  
 COTACOLLAO  
 PARROQUIA ZONA

**075t**

FIRMA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA





# HOJA DE REGISTRO DE ORGANIZACIONES SOCIALES

1728

## Información General

Nombre de la Organización:	CORPORACIÓN DE SAUD ATUCUCHO		
No. Acuerdo Ministerial:	00733 - MINISTERIO SAUD PÚBLICA		
Representante Legal (nombre y número de cédula):	Nombre completo	No. C.C.	
	ROSA MARIA DE LOURDES GOYES AYALA	0400567489	
Vigencia Directiva actual (desde y hasta cuándo-fechas)	Desde	Hasta	
	3/12/2008	3/12/2010	
Número de personas a las que representa su Organización:	Hombres	Mujeres	
	1	8	
Grupos focales con los que trabajan (mujeres, niños/as, adolescentes, adultos mayores, otros-especificar)	POBLACIÓN DEL BARRIO ATUCUCHO		
Dirección completa de la Organización (calle, número, teléfono, celular, fax, e-mail, barrio, parroquia)	CALLE TELEFAX: 3411820      CEL: rosamey@hotmail.com BARRIO ATUCUCHO - PARROQUIA COTOCOLLAO		
Fecha de fundación de la organización:	14/11/2001		

### Mencione los ejes principales de trabajo de su organización:

- BRINDAR ATENCIÓN MEDIO-ODONTOLÓGICA A LAS COMUNIDADES DEL SECTOR
- DESARROLLAR DENTRO DE LAS ÁREAS DE SALUD LA MEDICINA PREVENTIVA
- PRESTAR SERVICIOS CON CALIDAD Y EFICIENCIA, HACIENDO USO
- RACIONAL DE LOS RECURSOS

### Mencione los logros (3) más importantes alcanzados por su organización:

- RECONOCIMIENTO DE LOS POBLADORES DEL BARRIO ATUCUCHO COMO
- UN SERVICIO DE ATENCIÓN DE CALIDAD Y ÚNICO POR 18 AÑOS
- TRABAJO CON LA COMUNIDAD = PARTERAS, HUERTOS FAMILIARES
- AUTO FINANCIAMIENTO EN UN 80%.

### Mencione los principales problemas o límites (3) de la organización:

- CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL PRECARIAS (MÍNIMAS)
- DEPENDENCIA DEL 20% DE DONACIONES
- CRECIMIENTO LIMITADO A FACTORES CONTEXTUALES ACTUALES

**Explique si su organización hace procesos de formación:**  
Sobre qué temas y de qué manera?:

1729

NO SE HACE FORMACIÓN

**Mencione si su organización es parte o estrechamente relacionada con otra organización.**

Nombre de la Organización y su Representante Legal

Dirección completa

NO

**Tres referencias (organizaciones con las que ha trabajado o está trabajando) su organización:**

Nombre de la Organización y su Representante Legal

Dirección completa

JICA = VOLUNTARIOS JAPONESES EN ECUADOR

EMBAJADA DEL JAPÓN

BANCO PROMERICA

PARRQUIA PADRE DAMIÁN (IGLESIA CATÓLICA)

**Explique la estructura organizativa funcional de la organización:**

Estamentos existentes (forma de directiva, comisiones, etc)

PRESIDENTA

SECRETARIA

REP. PARRRO ATUACHO REP. TRABAJ.

**Cómo se financia la organización:**

80 % SE FINANCIAN MEDIANTE RECUPERACIÓN DE COSTOS

20 % CON DONACIONES

**Otra información relevante de la organización:**

**NOTAS:**

- Si en caso los espacios de esta matriz no son suficientes, por favor, escriba al reverso de esta hoja de acuerdo al orden que corresponda.
- Por favor, toda la información suministrada debe ser respaldada con documentos certificados como fiel copias de los originales o sus equivalentes.