

Quito, 05 de Junio del 2024.

Dr.

Alexander Sánchez

Representante Legal de PROFINNOVA MED Centro Médico

De mi consideración:

Yo, **Kelly Dayana Correa Amaguaña**, con Cédula No. **1725900243** estudiante de la Maestría en Psicología Clínica en Universidad de las Américas (UDLA), solicito se autorice la realización de mis Prácticas Profesionales por 120 horas, en PROFINNOVA MED Centro Médico, institución que debe contar con los permisos de funcionamiento vigentes otorgados por las autoridades competentes (ACESS, Ministerio de Educación, Ministerio de Bienestar Social, Ministerio de Salud).

Así mismo, solicito se me asigne al docente tutor de pasantías y prácticas que supervisará el referido proceso.

Agradezco la gentileza de su atención.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
WASHINGTON ALEXANDER
SANCHEZ SALCEDO
Razón: APROBADO 05/06/2024
Localización: PROFINNOVA MED CENTRO MÉDICO
Fecha: 2024-06-05T17:59:20.744038-05:00

Kelly Dayana Correa Amaguaña
C.I. 1725900243
e-mail: kellyd.correaa@gmail.com

Ministerio de Salud Pública
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los
Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
PERMISO DE FUNCIONAMIENTO No. ACESS-2024-Z09-0204705
CERTIFICADO DE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO
SERVICIOS DE SALUD
CLASE DE RIESGO: A

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Salud, se confiere el Permiso de Funcionamiento a:

| | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|---------------------------------|
| Razon social: | SANCHEZ SALCEDO WASHINGTON ALEXANDER | No. RUC: | 1723719553001 |
| Propietario o representante legal: | SANCHEZ SALCEDO WASHINGTON ALEXANDER | | |
| Nombre comercial: | PROFINNOVAMED CENTRO MEDICO | No. establecimiento: | 001 |
| Entidad: | PRIVADO | Unicodigo: | 76764 |
| Tipo: | ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS / I NIVEL DE ATENCIÓN / CENTRO DE SALUD TIPO B | Código: | 1.4 |
| Responsable técnico: | SANCHEZ SALCEDO WASHINGTON ALEXANDER | | |
| Ubicación: | | | |
| Provincia: | PICHINCHA | Cantón: | DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO |
| | | Parroquia: | SOLANDA |
| Dirección: | TNTE HUGO ORTIZ S25-142 y CUSUBAMBA | Barrio: | SOLANDA |
| Fecha de emisión: | 2024-05-28 | Fecha de vencimiento: | 2025-05-28 |

Aprobado por:

VITERI CHAMPUTIZ KEVIN SEBASTIAN
DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA ACESS

Verifique la validez del certificado



Última impresión: 28 de mayo de 2024



DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL DE PROFINNOVAMED
CENTRO MÉDICO

| | | |
|--|---|---|
| CÉDULA DE IDENTIDAD |  | REPÚBLICA DEL ECUADOR |
| DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN | | |
| APELLIDOS | | CONDICIÓN CIUDADANIA |
| SANCHEZ SALCEDO | | |
| NOMBRES | | |
| WASHINGTON ALEXANDER | | |
| NACIONALIDAD | | |
| ECUATORIANA | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | |
| 01 MAR 1995 | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | | |
| PICHINCHA QUITO LA MAGDALENA | | |
| FIRMA DEL TITULAR | | |
|  | | |
| NUI.1723719553 | | |
|  | |  |
| | | 950301 |
| | | SEXO |
| | | HOMBRE |
| | | No. DOCUMENTO |
| | | 053313179 |
| | | FECHA DE VENCIMIENTO |
| | | 19 ABR 2033 |
| | | NAT/CAN |
| | | 770591 |










Válido únicamente al visualizarlo a través de la APP Gob.EC :: Generado el 05/06/2024 18:16:00 1 de 3

| | | |
|--|--|--------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE | | CÓDIGO DACTILAR |
| SANCHEZ MACHADO SEGUNDO WASHINGTON | | E334312242 |
| APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE | | TIPO DE SANGRE A+ |
| SALCEDO GUERRA IRENE MERCEDES | | |
| ESTADO CIVIL | | DONANTE |
| SOLTERO | | SI |
| LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN | | |
| QUITO 19 ABR 2023 | | |
|  | | |
| DIRECTOR GENERAL | | |

I<ECU0533131792<<<<<1723719553
9503010M3304190ECU<SI<<<<<<<5
SANCHEZ<SALCEDO<<WASHINGTON<AL

Válido únicamente al visualizarlo a través de la APP Gob.EC :: Generado el 05/06/2024 18:16:00 2 de 3

SUPERVISOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES, PSICÓLOGO CLÍNICO

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

APELLIDOS
PAVON AGUAS

NOMBRES
GABRIEL ARMANDO

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
27 ABR 1997

LUGAR DE NACIMIENTO
PICHINCHA QUITO CHIMBACALLE

FIRMA DEL TITULAR


SEXO
HOMBRE

No. DOCUMENTO
058735047

FECHA DE VENCIMIENTO
26 JUN 2033

NAT/CAN
298663

NUI.1726488842





970427





APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PAVON QUISTIAL TITO JACINTO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
AGUAS TOAQUIZA GLADYS ELENA

ESTADO CIVIL
DIVORCIADO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
QUITO 26 JUN 2023

CÓDIGO DACTILAR
V4343V4442

TIPO SANGRE **O+**

DONANTE
Si

DIRECTOR GENERAL




I<ECU0587350475<<<<<1726488842
9704275M3306264ECU<SI<<<<<<<0
PAVON<AGUAS<<GABRIEL<ARMANDO<<