

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

**EL NUEVO**  
**ECUADOR** //

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL DE PROFINNOVAMED  
CENTRO MÉDICO**



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

1 de 3



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**

