


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

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **170176238-5**



APELLIDOS Y NOMBRES
MORA ATARIHUANA GUIDO FELIPE

LUGAR DE NACIMIENTO
LOJA

MACARA
SABIANGO

FECHA DE NACIMIENTO **1938-11-28**

NACIONALIDAD **ECUATORIANA**

SEXO **M**

ESTADO CIVIL **Casado**
CARMEN YOLANDA
CARDENAS MANTILLA



INSTRUCCIÓN **BACHILLERATO** PROFESIÓN **JUBILADO** V4444V4444

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
MORA ELIAS

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ATARIHUANA ROSA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
QUITO
2010-05-27

FECHA DE EXPIRACIÓN
2020-05-27




 DIRECTOR GENERAL


 JEFE DE CÉDULAS




CERTIFICADO DE VOTACIÓN
24 - MARZO - 2019



0005 M JUNTA No. **0005 - 220** CERTIFICADO No. **1701762385** CEDULA No.

MORA ATARIHUANA GUIDO FELIPE
 APELLIDOS Y NOMBRES



PROVINCIA: **PICHINCHA**

CANTÓN: **QUITO**


CIRCUNSCRIPCIÓN:
 PARROQUIA: **LA MERCED**

ZONA:



ELECCIONES
 SECCIONALES Y CPCCS
2019

CIUDADANA/O:
 ESTE DOCUMENTO
 ACREDITA QUE
 USTED SUFRAGÓ
 EN EL PROCESO
 ELECTORAL 2019



F. PRESIDENTA/E DE LA JRV

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION NACIONAL MEDICO SOCIAL



HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN
NO VALIDO
PARA COERO
DE SUBSIDIOS

CERTIFICADO MEDICO

(Para casos de Hospitalización)

HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN" UROLOGIA

QUITO, 7 JULIO DEL 2009

Dependencia MORA ALTARIHUANA GUIDO Fecha 1701762385 70451E

Apellidos y nombres SIETE (7) Cédula Identidad 29 JUNIO DEL 2009 Nº Afiliación 7 JULIO DEL 2009 Nº E. C.

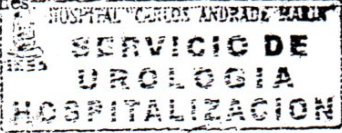
Fecha de admisión SIETE (7) Fecha de alta LA FECHA DEL ALTA (2009-12-09 HASTA EL 2009-12-19)

Necesita en letras días de reposo a partir de Fecha

SI NO fue sometido a intervención quirúrgica. No es posible precisar la duración de su tratamiento y oportunamente se indicará la fecha de salida.

Debe cambiar de trabajo a _____

Observaciones _____

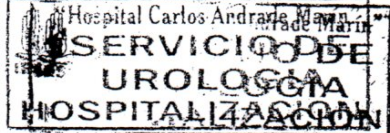


Dr. Eduardo Camacho Alben
101-144-1702877347
Hospital CAM

Firma del Médico _____

Sello del Servicio

NOTA: Esta forma se usará para conceder licencia de incapacidad hasta por tres días que no ocasiona pago de subsidio a la Dirección Nacional Médico Social. Para mayor número de días se utilizará la forma S. S. 2.



Form: N° 331-06-

7 Julio 2009 ALTA-
7 " 2010
7 " 2011



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Hospital Carlos Andrade Marín
v. 18 de Septiembre y Universitaria.

Quito, marzo 28 2012

CERTIFICADO

Certifico que el Señor MORA ATARIHUANA GUIDO FELIFE con C.I Nro. 1701762385, fue sometido a una Prostatectomía Radical el día 30 de julio del 2009 con diagnóstico de Cáncer de Próstata que necesita permanecer en controles periódicos toda la vida.

Atentamente,

Dra. Nancy Iza Altamirano
HOSPITAL "C.A.M."
COD.: 101-1-44-1705702592



Dra. Nancy Iza Altamirano
Médico Tratante del Servicio de Urología
Hospital Carlos Andrade Marín