



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

CONTROL DE PERMISOS POR UN DÍA O MÁS

NOMBRE: [Haga clic [aquí](#) y escriba el nombre] FECHA: [Haga clic [aquí](#) y escriba la fecha]

UNIDAD A LA QUE PERTENECE: [Haga clic [aquí](#) y escriba el Departamento]

CARGO: [Haga clic [aquí](#)] DIAS SOLICITADOS: [Haga clic [aquí](#)]

DEL: [Haga clic [aquí](#) para fecha] AL: [Haga clic [aquí](#) para fecha]

MOTIVO: [Haga clic [aquí](#) y escriba el Motivo]

VISTO BUENO

SOLICITANTE

JEFE

RESOLUCIÓN:



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE CAMBIO DE GUARDIA

SOLICITANTE-----FECHA-----

UNIDAD A LA QUE PERTENECE-----

CAMBIO DE GUARDIA -----

CARGO-----

DIA-----HORARIO-----

DEVUELVE A-----

DIA-----HORARIO-----

SOLICITANTE

JEFE

AUTORIZADO



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

JUSTIFICACIÓN DE ATRASO

Yo, SR. [\[Haga clic aquí\]](#) y escriba el nombre]

empleado del área [\[Haga clic aquí\]](#)

En el turno de [\[Haga clic aquí\]](#)

Justifico, el atraso a laborar el día [\[Haga clic aquí\]](#).

Por

[\[Haga clic aquí\]](#)

Muy atentamente,



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

JUSTIFICACIÓN DE ENTRADA

A [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

DE [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

FECHA [\[Haga clic aquí y escriba la fecha\]](#)

Comunico a usted, para los fines consiguientes que a la **entrada** de mis labores del día....., tuve problemas en la lectura de la huella digital.

Turno

Por la atención que se sirva dar a la presente.

Atentamente,



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

JUSTIFICACIÓN DE SALIDA

A [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

DE [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

FECHA [\[Haga clic aquí y escriba la fecha\]](#)

Comunico a usted, para los fines consiguientes que a la **salida** de mis labores del día....., tuve problemas en la lectura de la huella digital.

Turno

Por la atención que se sirva dar a la presente.

Atentamente,



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

JUSTIFICACIÓN DE FALTA

Yo, [\[Haga clic aquí\]](#) y escriba el nombre]

Empleado del área: [\[Haga clic aquí\]](#)

En el turno de : [\[Haga clic aquí\]](#)

Justifico, la inasistencia a laborar el día: [\[Haga clic aquí\]](#)

Por: [\[Haga clic aquí\]](#)

Muy atentamente.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

PERMISO POR LACTANCIA MATERNA

Guayaquil, [\[Ingrese Fecha\]](#) 2005

Sr.

[\[Haga clic:ingrese Nombre\]](#)

[\[Haga clic:ingrese cargo\]](#)

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo [\[INGRESE NOMBRE\]](#), me dirijo a usted, muy respetuosamente para solicitarle se me conceda el día de permiso que me corresponde por tener que acogerme al derecho de la lactancia materna, el mismo que se iniciará desde [\[Ingresar Fecha\]](#). El parto por Cesárea fue [\[Ingresar Fecha\]](#)

Por la atención a mi solicitud, me suscribo a usted

Atentamente,



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

PRORROGA DE VACACIONES

Guayaquil, [Haga clic [Ingrese fecha](#)]

Sr.

[Haga clic [aquí](#) y escriba el nombre]

[Haga clic [aquí](#), ingrese Cargo]

Ciudad.

De mis Consideraciones:

Yo [Haga clic [aquí](#) y escriba el nombre y cargo], me dirijo a usted respetuosamente expongo y solicito se me conceda una prórroga de mis vacaciones las mismas que debería tomarlas en el mes [Haga clic [Ingrese fecha](#)] para hacer uso de ellas a partir del [Haga clic [Ingrese fecha](#)]

En espera de tener una respuesta favorable me suscribo de usted.

Muy atentamente



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE VACACIONES

Guayaquil, [Haga clic **Ingrese fecha**]

SR.

[Haga clic **aquí** y escriba el nombre]

[Haga clic **aquí y escriba el cargo**]

Ciudad.-

De mis Consideraciones:

Yo, [Haga clic **aquí** y escriba el nombre], me dirijo a usted muy respetuosamente, se me concedan [Haga clic **aquí**] días de mis vacaciones correspondiente al período [Haga clic **Ingrese fecha**], a partir del día [Haga clic **aquí**] del presente año.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida

Muy atentamente.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE VACACIONES PARCIALES

SOLICITANTE: [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

FECHA: [\[Haga clic aquí\]](#)

UNIDAD A LA QUE PERTENECE: [\[Haga clic aquí e ingrese dpto. o área\]](#)

CARGO: [\[Haga clic aquí\]](#) DIAS SOLICITADOS: [\[Haga clic aquí\]](#)

A PARTIL DEL: [\[Haga clic aquí\]](#) HASTA: [\[Haga clic aquí\]](#)

OBSERVACIÓN: [\[Haga clic aquí\]](#)

SOLICITANTE

JEFE

AUTORIZADO

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

PERIODO

CORRESPONDIENTE: _____ DIAS: _____

DIAS PENDIENTES:

OBSERVACIONES:

NOTA: PRESENTAR SOLICITUD CON 48 HORAS DE ANTICIPACIÓN



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
“ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

SOLICITUD DE MATENIMIENTO Y/O
REPARACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL.

No.

Fecha de Solicitud D M A / /	Dependencia Solicitante:	Área /Departamento Solicitante:
---	--------------------------	---------------------------------

Persona Solicitante	Tipo de Solicitud:	
	Activo Fijo <input type="checkbox"/>	Mantenimiento <input type="checkbox"/>
	No Activo Fijo <input type="checkbox"/>	Reparación <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DEL BIEN

Código del Artículo:	Marca:	Modelo:	Serie #:
----------------------	--------	---------	----------

DESCRIPCIÓN DE SOLICITUD.

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD.

Solicitado por:	Autorizado por:	Asignado por:
_____	_____	_____
Jefe de Area	Administrador	Jefe de Mantenimiento

Asignado a:	Fecha Inicio: D M A / /	Fecha Terminación D M A / /
-------------	--	--

DESCRIPCIÓN TRABAJO RALIZADO.

MATERIALES UTILIZADOS

COSTOS

Firma Contratista – Entregado por: _____	Recibido Por: _____	Fecha de Recepción: D M A / /
---	------------------------	--

OBSERVACIONES

	Costo Total Terminado:
	Numero de Factura:
	Valor Anticipo:



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

PRÉSTAMO DE ACTIVOS FIJOS

No.

INFORMACIÓN GENERAL.			
DATOS DE ENTREGA DEL BIEN.			
FECHA DE ENTREGA: D M A / /	DEPENDENCIA QUE ENTREGA EL BIEN:	ÁREA QUE ENTREGA EL BIEN:	PISO:
NOMBRE DEL EMPLEADO QUE ENTREGA EL BIEN:			CÓDIGO DEL EMPLEADO:
DATOS DE RECEPCIÓN DEL BIEN.			
FECHA DE RECEPCIÓN: D M A / /	DEPENDENCIA SOLICITANTE:	ÁREA SOLICITANTE:	PISO:
NOMBRE DEL EMPLEADO QUE RECIBE EL BIEN:			CÓDIGO DEL EMPLEADO:
DETALLE DEL PRÉSTAMO.			
PLAZO DEL PRÉSTAMO (DÍAS)	FECHA DE DEVOLUCIÓN: D M A / /	MOTIVO DEL PEDIDO:	
No. ACTIVO (ETIQUETA)	DESCRIPCIÓN DEL BIEN:		
OBSERVACIONES.			
FIRMAS DE RESPONSABILIDAD.			
AUTORIZADO POR:		ENTREGADO POR:	
_____		_____	
ADMINISTRADOR	INSPECTOR	JEFE DE ÁREA	CUSTODIO INICIAL
REGISTRADO POR:	CONTROL DE SEGURIDAD:	RECIBIDO POR:	
_____	_____	_____	
ASISTENTE DE CONTROL DE ACTIVOS FIJOS	GUARDIA DE SEGURIDAD	JEFE DE ÁREA	CUSTODIO ACTUAL



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

REQUERIMIENTO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE
GUAYAQUIL

Para: 3 5 7

DD / MM / AA
Fecha: [\[Haga clic aquí\]](#)

HOSPITAL GÍNECO – OBSTÉTRICO

DEPARTAMENTO SOLICITANTE: [HAGA CLIC AQUÍ]	ÁREA SOLICITANTE: [HAGA CLIC AQUÍ]	DEPARTAMENTO DE SUMINISTROS
--	--	------------------------------------

Cantidad Solicitada		ARTICULOS	Cantidad Solida		Costo Unitario	TOTAL
Número	Letras					

VALOR TOTAL

Vto. Bueno			Recibido por:		
f) _____ Inspector	f) _____ Director Técnico	f) _____ Administradora	f) _____ Empleado		
Nota: Anular líneas en blanco, deben ser llenadas A máquina poner sello y firma		f) _____ Solicitado por	f) _____ Jefe de área o persona responsable		



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE BIENES DE LAS DEPENDENCIAS DE LA JUNTA

MOVIMIENTO INTERNO.				
DEPENDENCIA QUE ENTREGA EL BIEN: OFICINA CENTRAL		ÁREA QUE ENTREGA EL BIEN: SISTEMAS		
TIPO DE ENTREGA: <input type="checkbox"/> RECEPCIÓN <input type="checkbox"/> RETIRO	DEPENDENCIA QUE RECIBE EL BIEN: OFICINA CENTRAL	ÁREA QUE RECIBE EL BIEN: SECRETARIA	NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL BIEN:	
MOVIMIENTO EXTERNO.				
TIPO DE ENTREGA: <input type="checkbox"/> RECEPCIÓN <input type="checkbox"/> RETIRO	EMPRESA DESTINO:	NOMBRE REPRESENTANTE DE EMPRESA DESTINO:		
DETALLE DE LA SALIDA DEL BIEN.				
FECHA DE SALIDA: / 2003	HORA DE SALIDA:	FECHA ESTIMADA RETORNO: D M A / / 200	FECHA DE RETORNO: D M A / /	HORA DE RETORNO:
No. ACTIVO (ETIQUETA) 058018	DESCRIPCIÓN DEL BIEN: IMPRESORA MODELO S100 SERIE FBAD75969			
MOTIVO DE LA SALIDA DEL BIEN: <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> OTROS _____		ESTADO DEL BIEN: <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> DAÑADO <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> OTROS _____		
OBSERVACIONES.				
FIRMAS DE RESPONSABILIDAD.				
REVISADO POR: _____		AUTORIZADO POR: _____		
		ADMINISTRADOR		JEFE DE ÁREA
RECIBIDO CONFORME:			CONTROL DE SEGURIDAD:	
MOVIMIENTO INTERNO	MOVIMIENTO EXTERNO			
PERSONAL JUNTA DE BENEFICENCIA	REPRESENTANTE DE EMPRESA		GUARDIA DE SEGURIDAD	



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

SOLICITUD DE BAJA No.

INFORMACIÓN GENERAL.			
Fecha de Solicitud: D M A /		Dependencia Solicitante:	
Guarda Almacén o Custodio:		Área / Departamento Solicitante:	
Código del Artículo:		Descripción del Artículo:	
Tipo de Artículo: <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Suministros <input type="checkbox"/> Activos Fijos		Razón de Baja: <input type="checkbox"/> Fecha de Caducidad <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Destrucción <input type="checkbox"/> Obsolescencia <input type="checkbox"/> Robo o Hurto <input type="checkbox"/> Otros _____	
OBSERVACIONES.			
FIRMAS DE RESPONSABILIDAD.			
Solicitado por:		Recibido por:	Fecha de Recepción:
_____	_____	_____	D M A / /
Jefe de Área	Administrador	Inspector	Personal Dirección Financiera
APROBACIÓN DE SOLICITUD PARA INSPECCION.			
Aprobado por:		Asignado a:	Fecha de Aprobación o Negación.
_____		_____	D M A / /
Director Financiero			
Negado por:		Motivo de Negación:	
_____		_____	
Director Financiero			
APROBACIÓN DE SOLICITUD PARA BAJA.			
_____		_____	Fecha de Aprobación o Negación.
Director Financiero		Administrador General o Sub-Administrador General	D M A / /
Negado por:		Motivo de Negación:	
_____		_____	



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

PEDIDO DE TRANSPORTE

AREA: [\[Haga clic aquí\]](#)

SOLICITANTE: [\[Haga clic aquí y escriba el nombre\]](#)

GESTION: [\[Haga clic aquí\]](#)

MOTIVO: [\[Haga clic aquí\]](#)

DIRECCIÓN: [\[Haga clic aquí\]](#)

HORA DE:

SALIDA:
[\[Haga clic aquí\]](#)

LLEGADA: [\[Haga clic aquí\]](#)

FECHA: [\[Haga clic aquí\]](#) **AUTORIZADO** :



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

Entrega Recepción mensual de materiales personales para los empleados

Area: **Fecha:**
Mes: **Año:** **Hoja de requerimiento No.**

No.	Empleado (Apellidos y Nombres)	Esferográfica Cantidad	Jabo de Tocador Cantidad	Papel Higienico Cantidad	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

TOTAL

.....
f. Jefe o Lcda. (solicitante)

NOTA: Debajo del producto que recibe y junto a la cantidad del mismo el empleado firmará
Este soporte de entrega recepción firmado por cada uno de los empleados se adjuntará a la hoja de requerimiento para efectuar el siguiente pedido mensuales de los materiales detallados en el mismo.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

**BIOSEGURIDAD - DESECHOS HOSPITALARIOS
SUPERVISION Y EVALUACIÓN**

FECHA	AREA	PROBLEMAS	SUGERENCIAS
	ADMISIÓN		
	TOCOQUIRURGICA		
	NEONATOLOGIA		
	SALAS		
	LAPAROSCOPIA		
	LABORATORIO		
	BANCO DE SANGRE		
	CONSULTA EXTERNA		
	OTROS		

OBSERVACIÓN:
SUPERVISOR:



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**

HOJA DE RUTA DE FACTURAS

Fecha: mayo 17/2005

Área:

No.: 034

Proveedor	Código	Factura			Área	Descripción del trabajo	Observaciones
		No.	Fecha	Valor \$			

No. Facturas enviadas:

.....

f. Jefe Área

Control Recepción-Entrega			
Auditoría		Inspectoría	
Recepción	Entrega	Recepción	Entrega
Hora:	Hora:	Hora:	Hora:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Administración		Contabilidad	
Recepción	Entrega	Recepción	
Hora:	Hora:	Hora:	
Fecha:	Fecha:	Fecha:	
Firma:	Firma:	Firma:	



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
“ENRIQUE C. SOTOMAYOR”**

ACTA DE INVENTARIO No.

Fecha :

DEPENDENCIA :	Area: Laparascopia	
DESCRIPCIÓN:	<input type="checkbox"/> SUSTANCIAS	<input checked="" type="checkbox"/> SUMINISTROS
<input type="checkbox"/> Donación	<input type="checkbox"/> Destrucción o Deterioro	<input type="checkbox"/> Renuncia
<input type="checkbox"/> Robo o Hurto	<input type="checkbox"/> Obsolescencia	<input type="checkbox"/> Cambio de área
<input type="checkbox"/> Cambio de Custodio	<input type="checkbox"/> Vacaciones	<input type="checkbox"/> Otros

CÓDIGO	DETALLE	Presentación	P. UNITARIO	FISICO			Stock 30.05.03	DIFERENCIA				Valor Total US\$	OBSERVACIONES
				A Sep. 15/04	Listas Pendientes	Total Físico		DE MAS		DE MENOS			
								CANT.	TOTAL US\$	CANT.	TOTAL US\$		

Total de Más del Inventario Asciende:	Valor en Letras	Valor en Números
		0.00
Total de Menos del Inventario Asciende A:	Valor en Letras	Valor en Números
		0.00
Total de Inventario asciende a:	Valor en Letras	Valor en Números
		0.00

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Inspector Dependencia	Interventora J.B.G	Concesionario - Lavandería
Director Tecnico Dependencia	Supervisor Dependencia	Enfermera Profesional
Administradora Dependencia	Analista de Intervención	Auxiliar de Enfermeria