

ACTIVACION EN CPCCS DE LA DIRECCIÓN HOSPITALARIA QUITO

notificación de registro en el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas > Recibidos x



rendiciondecuentas@cpccs.gob.ec

para mí ▾

10:53 (hace 38 minutos)



Consejo de Participación Ciudadana y Control Social

Sistema Nacional de Rendición de Cuentas

Estimado(a): POLI YEROVI PARRA GUILLERMO ALFONSO,

Dignidad:

DIRECCION HOSPITALARIA QUITO

RUC:

1768056410001

Confirmamos que usted se registró exitosamente en el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas. 16/02/2024 10:53

Para acceder al sistema informático, por favor, espere la notificación de activación.

A continuación, sus datos de usuario:

Usuario:

rendicionsprdhq@gmail.com

Contraseña:

Rendiciondhq

¿Cuál es su fecha de nacimiento?:

05/08/1995

Recuerde que cada usuario es responsable del manejo de sus credenciales de acceso del Sistema.

Saludos cordiales,

CPCCS

Nota: Este correo es de carácter informativo, no constituye un medio de verificación del proceso; fue generado automáticamente y no requiere de respuesta. Si tiene alguna inquietud respecto a este mensaje, comuníquese a los números del: [Directorio de asistencias técnicas](#)

← Responder

→ Reenviar



notificación de activación en el Sistema Nacional de Rendición de Cuentas ▶ Recibidos x



rendiciondecuentas@cpccs.gob.ec

para mí ▼

Consejo de Participación Ciudadana y Control Social

Sistema Nacional de Rendición de Cuentas

Estimado(a): POLI YEROVI PARRA GUILLERMO ALFONSO,

Nombre: DIRECCION HOSPITALARIA QUITO

RUC: 1768056410001

Confirmamos que su institución ha sido activada con éxito Sistema Nacional de Rendición de Cuentas. 19/02/2024 12:14

Proceda a llenar su informe en el sistema informático, de acuerdo al cronograma establecido en el Reglamento de Rendición de Cuentas.

Recuerde que cada usuario es responsable del manejo de sus credenciales de acceso del Sistema.

Saludos cordiales,

CPCCS

Nota: Este correo es de carácter informativo, no constituye un medio de verificación del proceso; fue generado automáticamente y no requiere de respuesta. Si tiene alguna [asistencia técnica](#)

↩ Responder

➡ Reenviar





FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE INSTITUCIONES

Los datos ingresados en este formulario son de responsabilidad de la institución registrada

| | | | | |
|-----------------------------|---|--|---|--|
| Tipo de Identificación | <input checked="" type="radio"/> RUC | <input type="text" value="1768056410001"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Institución: | <input type="text" value="DIRECCION HOSPITALARIA QUITO"/> | | | |
| Función a la que Pertenece: | <input type="text" value="FUNCIÓN EJECUTIVA"/> | Sector: | <input type="text" value="INSTITUCIONES DE SUGURIDAD"/> | |
| Tipo de Medio: | <input type="text" value="NO APLICA"/> | Nivel que Rinde Cuentas: | <input type="text" value="EOD"/> | |
| Provincia: | <input type="text" value="Pichincha"/> | Cantón: | <input type="text" value="Quito"/> | |
| Parroquia: | <input type="text" value="Belisario Quevedo"/> | Dirección: | <input type="text" value="AV. MARIANA DE JESUS Y S/N Y AV. OCCII"/> | |
| Email: | <input type="text" value="rendicionsprdhq@gmail.com"/> | Teléfono: (Opcional) | <input type="text" value="(02) 244-3218"/> | |
| Página Web o Red Social: | <input type="text" value="https://www.policia.gob.ec/"/> | | | |

Adjuntar Documento Oficial del RUC: Formato

El archivo ha sido cargado.

Datos Responsables

Representante Legal de Institución

| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------|--|
| Nombres del Representante: | <input type="text" value="CRNL GARCÍA ALMEIDA JOFFRE HERNÁN"/> | Cargo del Representante: | <input type="text" value="DIRECTOR HOSPITALARIO"/> |
| Email de Notificación: | <input type="text" value="joffregarciaa@hotmail.es"/> | Fecha de Designación: | <input type="text" value="25/01/2024"/> |
| Teléfono: (Opcional) | <input type="text" value="(02) 244-3218"/> | Celular: | <input type="text" value="(09) 9294-0658"/> |

Responsable del Proceso de Rendición de Cuentas:

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------|--|
| Nombres del Responsable: | <input type="text" value="TCRL URVINA GUEVARA MAURICIO SEBA"/> | Cargo del Responsable: | <input type="text" value="JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICAZ"/> |
| Email de Notificación: | <input type="text" value="rutamsug@gmail.com"/> | Fecha de Designación: | <input type="text" value="25/01/2024"/> |
| Teléfono: (Opcional) | <input type="text" value="(02) 244-3218"/> | Celular: | <input type="text" value="(09) 9270-3207"/> |

Responsable del Registro del Informe de Rendición de Cuentas:

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Nombres Responsable del Registro: | <input type="text" value="POLI YEROVI PARRA GUILLERMO ALFONS"/> | Cargo Responsable del Registro: | <input type="text" value="FUNCIONARIO DEL CENTRO DE COMPUTI"/> |
| Fecha de Designación: | <input type="text" value="25/01/2024"/> | Teléfono: (Opcional) | <input type="text" value="(02) 244-3218"/> |
| Celular: | <input type="text" value="(09) 8779-2844"/> | Cédula de Ciudadanía: | <input type="text" value="0604056325"/> |
| Email de Notificación: (Usuario) | <input type="text" value="rendicionsprdhq@gmail.com"/> | Fecha de Nacimiento: | <input type="text" value="05/08/1995"/> |

* Su contraseña debe contener entre 6 y 12 caracteres, letras minúsculas, números Ejemplo: procesorc2021

| | |
|-------------------------|------------------------------------|
| Cree su contraseña: | <input type="text" value="*****"/> |
| Confirme su contraseña: | <input type="text" value="*****"/> |