

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER - SOLCA NÚCLEO DE QUITO
ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

IESS

| | |
|--|-------------------------------------|
| PRESTADOR: SOLCA NÚCLEO DE QUITO | |
| PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA | |
| TELÉFONO: 0963333000 | E-mail: convenios@solcaquito.org.ec |
| MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 2023 | |
| CÓDIGO CIE 10: C78.0 TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL PULMON | |
| NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002099888 | |
| NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: | 251289 |
| TIPO DE SERVICIO ENTREGADO: | |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO | IZA ZAPATA MILTON RAMON |
| No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 1707376511 |

HOSPITALIZACIÓN

ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que están regulados en el presente Reglamento de relacionamiento.
Además tengo conocimiento el acápite que refiere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica textualmente:

"En caso de objeción o débito, el prestador no podrá requerir el pago al usuario/paciente, familiares o acompañante. Cualquier cobro en este sentido será motivo de la sanción que la Ley prevea"

ZAMBRANO MEDINA KARINA ELIZABETH
CI No.: 1716211659

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

26 AGO 2023

IZA ZAPATA MILTON RAMON

Observaciones: Yo _____ en mi calidad de _____ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente IZA ZAPATA MILTON RAMON certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

Representante/Acompañante:

CERTIFICACIÓN DE FIRMAS:

En mi calidad de prestador de servicios, certifico que las firmas constantes en el presente documento corresponden a la firma del usuario/paciente o su representante, misma que fue receptada en esta casa de salud; por lo tanto, me responsabilizo por el contenido de dicho certificado, asumiendo toda la responsabilidad tanto administrativa, civil o penal por la veracidad de la información entregada.