

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

|   |  |
|---|--|
| <b>PRESTADOR:</b> SOLCA NÚCLEO DE QUITO   |  |
| <b>PERSONA DE CONTACTO:</b> DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA                     |  |
| <b>TELÉFONO:</b> 0963333000   | <b>E-mail:</b> convenios@solcaquito.org.ec |
| <b>MES Y AÑO DE PRESTACIÓN:</b> Agosto - 2023                                       |  |
| <b>CÓDIGO CIE 10:</b> C50.4 TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA |  |
| <b>NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN:</b> 17CVS 2022002105814                          |  |
| <b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:</b>  | 293046 <b>HOSPITALIZACIÓN</b>              |
| <b>SERVICIO ENTREGADO:</b> SERVICIO ONCOLÓGICO                                      |  |
| <b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO</b>  | COPO TOURIZ MAGALI LORRAINE                |
| <b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>  | 0908455652                                 |

**ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO**

|   |
|---|
| <b>OBSERVACIONES:</b><br>.....<br>..... |
|---|

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"

**SOLCA NÚCLEO DE QUITO**  
**FINANCIERO***Fernanda Moreira*

MOREIRA INTRIAGO MARIA FERNANDA  
CI No.: 1308887015

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**31 AGO 2023**  
COPO TOURIZ MAGALI LORRAINE

Observaciones: Yo \_\_\_\_\_ en mi calidad de \_\_\_\_\_ y/o  
representante o acompañante, del usuario/paciente COPO TOURIZ MAGALI LORRAINE 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.

