

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: C84.4 LINFOMA DE CELULAS T PERIFERICO

NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002120314

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 253863

SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO

HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

RAMIREZ JARAMILLO CARLOS RAFAEL

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1001475233

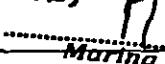
ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO

OBSERVACIONES:

Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento obligatorio del TFSNS 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 - CAJAS


ROSETO CAMUENDO MARINA ELIZABETH
CI No.: 1718000647

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

10 AGO 2023

RAMIREZ JARAMILLO CARLOS RAFAEL

Observaciones: Yo Isabel Ramirez en mi calidad de Hija y/o representante o acompañante, del usuario/paciente RAMIREZ JARAMILLO CARLOS RAFAEL 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.

