

**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: K81.0 COLECISTITIS AGUDA                  |                                     |
| NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2023002144386      |                                     |
| NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 301072                       |                                     |
| TIPO DE SERVICIO ENTREGADO: <b>HOSPITALIZACIÓN</b>       |                                     |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO                                  | POVEDA GAIBOR MARCIA LILIAN         |
| No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                          | 0804037521                          |

**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"

  
MALES GARCES IAN SEBASTIAN  
CI No.: 1724866122



**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**29 AGO 2023**

  
POVEDA GAIBOR MARCIA LILIAN

Observaciones: Yo \_\_\_\_\_ en mi calidad de \_\_\_\_\_ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente POVEDA GAIBOR MARCIA LILIAN 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.