

**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: C18.9 TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA |                                     |
| NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2023002158939                 |                                     |
| NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:   | 307664                              |
| SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO                             |                                     |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO   | GUAMAN SHIGLA JOSE ANTONIO          |
| No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                     | 0603299603                          |

**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"



*Marina Rosero*

ROSERO CAMUENDO MARINA ELIZABETH  
CI No.: 1718000647

**13 AGO 2023**

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

GUAMAN SHIGLA JOSE ANTONIO

Observaciones: Yo Maria Olivi en mi calidad de Esposa y/o representante o acompañante, del usuario/paciente GUAMAN SHIGLA JOSE ANTONIO 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.