

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

SS

	IES
PRESTADOR: SOLCA NÚCLEO DE QUITO	
PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADMINIST	
TELÉFONO: 0963333000	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 2023	
CÓDIGO CIE 10: C91.0 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGU	JDA
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 202 NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	3002211790 315922
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO	HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	BETANCOURT VERA DYLAN JOSUE
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1728229046
ACIISE ENTRE	GA DEL SERVICIO
OBSERVACIONES:	
Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimiento están regulados en el presente Reglamento de relac Además tengo conocimiento el acàpite que refiere a textualmente:	ionamiento.
"En caso de objeción o débito, el prestador no pod familiares o acompañante. Cualquier cobro en este prevea"	rá requerir el pago al usuario/paciente, sentido será motivo de la sanción que la Ley
SOLUA MUULEU DE QUITO	
ORTIZ REA JESSICA PAOLA	
CI No.: 1726265190	
ACUSE RECEPO	CIÓN DEL SERVICIO
Quito, Agosto del 2023	AGO 2023
31,	100 KATA
BETANCOURT VERA DYLAN JOSUE	
Observaciones: Yo 1160 A A SCOURT en representante o acompañante, del usuario/paciente usuario/paciente usuario/paciente recibió el servicio registrado en	mi calidad de APA y/o BETANCOURT VERA DYLAN JOSUE certifico que el n la presente acta.
S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	
Representante/Acompañante:	

CERTAFICACIÓN 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.