

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

	1ES:
PRESTADOR: SOLCA NÚCLEO DE QUITO	
PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADM	MINISTRATIVA FINANCIERA
TELÉFONO: 0963333000	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 20	23
CÓDIGO CIE 10: C40.2 TUMOR MALIGNO DE LOS	HUESOS LARGOS DEL MIEMBRO INFERIOR
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CV	S 2022002101570
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	287270 HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓG	FICO .
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	ESCOBAR CARVAJAL DANNA PAULA
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1757173420
ACUSE E	NTREGA DEL SERVICIO
OBSERVACIONES:	NIKEGA DEL BERTIOLO
Como prestador de la RPIS, conozco el cumplimi	iento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que
están regulados en el presente Reglamento de	relacionamiento. iere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica
textualmente:	
"En caso de objeción o débito, el prestador r	no podrá requerir el pago al usuario/paciente,
familiares o acompañanza. Cualquier cobro en	este sentido será motivo de la sanción que la Ley
prevea"	
SOLCA JUCLEO DE QUITO	
FHIAICHER	
()	
Byeyner Carrillo	
CARRILLO ALVARADO BREYNER SAMIR	
CI No.: 1206909986	
ACUSE RE	CEPCIÓN DEL SERVICIO
Quito, Agosto del 2023	
	2 4 AGO 2023
ESCOBAR CARVAJAL DANNA PAULA	
Observaciones: Yo THAM Coprodia	en mi calidad de
representante o acompañante, del usuario/paci	iente ESCOBAR CARVAJAL DANNA PAULA certifico que el
usuario paciente recibió el servicio registra	ado en la presente acta.
2	
shore great	
Representante/Acompañante:	
* //	

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.