

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: C65 TUMOR MALIGNO DE LA PELVIS RENAL	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002102181	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	211976
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALIZACIÓN	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MUÑOZ ORTIZ DIANA ENRIQUETA
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1000576775

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"

 **SOLCA NÚCLEO DE QUITO**
FINANCIERO - CAJAS

Karen Lara

LARA CASAMEN KAREN VANESSA
CI No.: 1723668966

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

01 AGO 2023


MUÑOZ ORTIZ DIANA ENRIQUETA

Observaciones: Yo _____ en mi calidad de _____ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente MUÑOZ ORTIZ DIANA ENRIQUETA 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.

