

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: C50 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002108403	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	297421
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO	HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PAZ CHANCAY SILVIA KARINA
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	0802105312

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

Maria Judith Romero
ROMERO RÍOS MARIA JUDITH
CI No.: 1104107170


ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

09 AGO 2023

PAZ CHANCAY SILVIA KARINA

Observaciones: Yo *Laura Chancay* en mi calidad de *Mamá* y/o representante o acompañante, del usuario/paciente PAZ CHANCAY SILVIA KARINA 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.