

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

PRESTADOR: SOLCA NÚCLEO DE QUITO	IES
	MINISTRATIVA FINANCIERA
TELÉFONO: 0963333000	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 20	
CÓDIGO CIE 10: C50.9 TUMOR MALIGNO DE LA	MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CV	/S 2022002117937
TÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	300393
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓ	HOSPITALIZACIÓN
VONDE DEL DENETICIANO	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1701271080
ACUSE E	ENTREGA DEL SERVICIO
OBSERVACIONES:	WINDON DEE BERVICES
familiares o acompañante. Cualquier cobro en prevea"  CA VUCLEO DE QUITO  UNANCIERO - CAJAS  GONZALEZ POZO DANTELA PATRICIA CI No.: 1721887170	no podrá requerir el pago al usuario/paciente, este sentido será motivo de la sanción que la Ley  3 0 AGO 2023
ACUSE RE	ECEPCIÓN DEL SERVICIO
Quito, Agosto del 2023	
2	
GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD	
Observaciones: Yo Loceo Unle 2016	en mi calidad de Hijo y/o
Observaciones: Yo <b>Loceo Octobo</b> representante o acompañante, del usuario/pac	riente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
Observaciones: Yo Rocco Unicolo representante o acompañante, del usuario/pac	riente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
	riente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
Observaciones: Yo <b>Loceo Octobo</b> representante o acompañante, del usuario/pac	tiente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
Observaciones: Yo Rocco Unicolo representante o acompañante, del usuario/pac el usuario/paciente recibió el servicio regi	tiente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
Observaciones: Yo Rocco Ovlezolo representante o acompañante, del usuario/pac el usua paciente recibió el servicio regi	tiente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que
Observaciones: Yo Rocco UO10206 representante o acompañante, del usuario/pacel usuario	iente GARCIA ALBAN EVANGELINA PIEDAD certifico que

CERTYFICACIÓN DE FITMAS:
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