

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: C91.0 LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002115975	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	303343
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO	
HOSPITALIZACIÓN	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PEREZ CHICAIZA HERMIONE ARLET
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	0550836860

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"



BALCAZAR JARAMILLO SUSANA ELIZABETH
CI No.: 1717005449

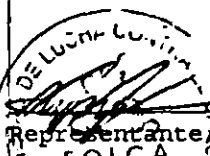
ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

24 AGO 2023

PEREZ CHICAIZA HERMIONE ARLET

Observaciones: Yo PEREZ CHICAIZA HERMIONE ARLET en mi calidad de MAH y/o representante o acompañante, del usuario/paciente PEREZ CHICAIZA HERMIONE ARLET certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.


Representante/Acompañante:
PEREZ CHICAIZA HERMIONE ARLET
FIRMA:
Yo, 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.