

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 - 202	23
CÓDIGO CIE 10: C91.0 LEUCEMIA LINFOBLASTIC	'A AGUDA
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS	2022002122929
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	252710 HOSPITALIZACIÓN
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGI	ICO
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1050167707
ACUSE EN	TREGA DEL SERVICIO
OBSERVACIONES:	
Como prestador de la RPIS,conozco el cumplimie	ento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que
están regulados en el presente Reglamento de r	relacionamiento.
Además tengo conocimiento el acàpite que refie	ere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica
cextualmente:	
"En caso de objeción o débito, el prestador no	podrá requerir el pago al usuario/paciente,
familiares o acompañante. Cualquier cobro en e	este sentido será motivo de la sanción que la Ley
prevea"	
TIME TO BE OUTO	
SOLCA NUCLEO DE QUITO	
FINANCIERO - CAJAS	
with the second	
Moreles	
Alexandra Morales	
MORALES TORRES ALEXANDRA ELIZABETH	
CI No.: 1718941600	
ACUSE REC	EPCIÓN DEL SERVICIO
Quito Agosto del 2023	
[HONGS NOTE : HONGS	
하다 가장 하면서 가게 하면 하는 사람들은 사람들이 되는 것이 되었다.	1.8 AGO 2023
일이 있다면서 가면 가면 있다면서 보고 있는데 보고 있다. 그리고 있다. H	0 8 AGO 2023
Quito, Agosto del 2023 ()	0 8 AGO 2023
	0 8 AGO 2023
	0 8 AGO 2023
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE	
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chulmo dands	en mi calidad de <u>Mamo</u> y/o
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalma dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Cardra dands	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalac dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalac dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalac dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamo</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalma dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo	en mi calidad de <u>Mamó</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que
HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE Observaciones: Yo Chalac dands representante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de <u>Mamo</u> y/o ente HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE certifico que

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.