

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: K59.0 CONSTIPACION	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002124414	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	303802 HOSPITALIZACIÓN
TIPO DE SERVICIO ENTREGADO:	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	GALLO GUANO DOMENICA ALEJANDRA
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1754720330

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"



ZAMBRANO MEDINA KARINA ELIZABETH
CI No. 1716211659

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

07 AGO 2023
GALLO GUANO DOMENICA ALEJANDRA

Observaciones: Yo _____ en mi calidad de _____ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente GALLO GUANO DOMENICA ALEJANDRA 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.