

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

PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADM	MINISTRATIVA FINANCIERA
TELÉFONO: 0963333000	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 20	
CÓDIGO CIE 10: C56 TUMOR MALIGNO DEL OVAR	lio .
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CV	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	252524
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓG	HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	VERDESOTO TAPIA LESLEY ELIZABETH
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1500443633
ACTICE E	NTREGA DEL SERVICIO
DBSERVACIONES:	MINDON DUE DANTIOLO
Además tengo conocimiento el acàpite 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	
camiliares o acompanance. Cualquier cobro en	este sentido sera motivo de la sancion due la Lev
prevea"	
FINAL PROPERTY.	
ORTIZ REA JESSICA PAOLA	
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190	CEPCIÓN DEL SERVICIO
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REG	
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC	CEPCIÓN DEL SERVICIO
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC	
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC	CEPCIÓN DEL SERVICIO
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC	CEPCIÓN DEL SERVICIO
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC Quito, Agosto del 2023 VERDESOTO TAPIA LESLEY ELIZABETH Observaciones: Yo Jime Merpera	CEPCIÓN DEL SERVICIO 16 AGO 2023 Zen mi calidad de EPDSO y/o lente VERDESOTO TAPIA LESLEY ELIZABETH certifico que
ORTIZ REA JESSICA PAOLA CI No.: 1726265190 ACUSE REC Quito, Agosto del 2023 VERDESOTO TAPIA LESLEY ELIZABETH Observaciones: Yo (Line Herrer	CEPCIÓN DEL SERVICIO 16 AGO 2023 Zen mi calidad de EPDS D y/o lente VERDESOTO TAPIA LESLEY ELIZABETH certifico que

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.