

entregada.

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

PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADMI	INISTRATIVA FINANCIERA
TELÉFONO: 0963333000	
	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 202	23
CÓDIGO CIE 10: C50.9 TUMOR MALIGNO DE LA M	MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA
TÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS	3 2022002110732
ÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	290787 sale
ERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGI	HOSPITALIZACIÓN
OMBRE DEL BENEFICIARIO	BAQUE RAMOS MARTHA LUCIA
o. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1715617351
BSERVACIONES:	
	o podrá requerir el pago al usuario/paciente, este sentido será motivo de la sanción que la Ley
SOLOA NUCLEO DE QUITO NANCIERO - CAJAS	
GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA	
GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA CI No.: /1721887170	CEPCIÓN DEL SERVICIO
GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA CI No.: /1721887170	
GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA ZI No.: /1721887170  ACUSE REC	CEPCIÓN DEL SERVICIO  [12 AGO 2023
ONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA I No.: /1721887170  ACUSE REC	
CONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA EI No.: 1721887170  ACUSE REC	
CONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA CI No.: 1721887170  ACUSE REC	
GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA CI No.: 1721887170  ACUSE REC Quito, Agosto del 2023  BAQUE RAMOS MARTHA LUCIA  Observaciones: Yo_	en mi calidad de y/o ente BAQUE RAMOS MARTHA LUCIA certifico que el
CONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA ZI No.: 1721887170  ACUSE REC  Quito, Agosto del 2023  BAQUE RAMOS MARTHA LUCIA  Disservaciones: Yo epresentante o acompañante, del usuario/pacie	en mi calidad de y/o ente BAQUE RAMOS MARTHA LUCIA certifico que el

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