

**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: C18.7 TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: CV1122 C074292-001	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	302756
TIPO DE SERVICIO ENTREGADO:	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	MARTINEZ VILLACRESES JOSE FRANCISCO
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1708540404

**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"

BASTIDAS BACOLIMA EMMETATIANA  
 CI No.: 119580140

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**24 AGO 2023**

MARTINEZ VILLACRESES JOSE FRANCISCO

Observaciones: Yo Huapazul en mi calidad de SDS y/o representante o acompañante, del usuario/paciente MARTINEZ VILLACRESES JOSE FRANCISCO certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

Representante/Acompañante:

TESTIFICACIÓN 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.