

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

**IESS**

<b>PRESTADOR:</b> SOLCA NÚCLEO DE QUITO	
<b>PERSONA DE CONTACTO:</b> DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA	
<b>TELÉFONO:</b> 0963333000	<b>E-mail:</b> convenios@solcaquito.org.ec
<b>MES Y AÑO DE PRESTACIÓN:</b> Agosto - 2023	
<b>CÓDIGO CIE 10:</b> C79.8 TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS	
<b>NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN:</b> 17CVS 2022002121860	
<b>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:</b>	87103
<b>SERVICIO ENTREGADO:</b> SERVICIO ONCOLÓGICO <span style="float: right; color: blue;"><b>HOSPITALIZACIÓN</b></span>	
<b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO</b>	BRITO MALDONADO GLORIA AMPARITO
<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>	1708091473

**ACUSE ENTREGA DEL SERVICIO**

<b>OBSERVACIONES:</b> ..... .....
---

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"

 **SOLCA NÚCLEO DE QUITO**  
**FINANCIERO**  
*Susana Balcazar*

BALCAZAR JARAMILLO SUSANA ELIZABETH  
CI No.: 1717005449

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**114 AGO 2023**

BRITO MALDONADO GLORIA AMPARITO

Observaciones: Yo JUDITH BRITO en mi calidad de HERMANA y/o representante o acompañante, del usuario/paciente BRITO MALDONADO GLORIA AMPARITO certifico que el usuario/paciente recibió el servicio registrado en la presente acta.

  
*Judith Brito*  
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.