

**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:** C56 TUMOR MALIGNO DEL OVARIO**NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN:** 17CVS 2023002165816**NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:**

107681

**HOSPITALIZACIÓN****SERVICIO ENTREGADO:** SERVICIO ONCOLÓGICO**NOMBRE DEL BENEFICIARIO**

GALLEGOS LEON MARIA DOLORES

**No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**

1703121952

**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 sanción de 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 prevé."



JARAMILLO CEVALLOS ANDREA PAULINA

CI No.: 1723354039

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**31 AGO 2023**  
~~GALLEGOS LEON MARIA DOLORES~~

Observaciones: Yo \_\_\_\_\_ en mi calidad de \_\_\_\_\_ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente GALLEGOS LEON MARIA DOLORES 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.