

**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: C71.6 TUMOR MALIGNO DEL CEREBELO	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002107447	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	290701 <b>HOSPITALIZACIÓN</b>
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DIAZ VALDEZ SNEYDER ALEXIS
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1760430528

**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"



CARRILLO ALVARADO BREYNER SAMIR  
CI No.: 1206909986

**ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO**

Quito, Agosto del 2023

**29 AGO 2023**

DIAZ VALDEZ SNEYDER ALEXIS

Observaciones: Yo Johanna Valdez en mi calidad de Madre y/o representante o acompañante, del usuario/paciente DIAZ VALDEZ SNEYDER ALEXIS 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.