

entregada.

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

IESS

	TES
PRESTADOR: SOLCA NÚCLEO DE QUITO	
PERSONA DE CONTACTO: DIRECCIÓN ADM	INISTRATIVA FINANCIERA
TELÉFONO: 0963333000	E-mail: convenios@solcaquito.org.ec
MES Y AÑO DE PRESTACIÓN: Agosto - 202	23
CÓDIGO CIE 10: C91.0 LEUCEMIA LINFOBLASTIC	CA AGUDA
TÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS	3 2023002201984
TÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	313854
ERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓG	ICO HOSPITALIZACIÓN
OMBRE DEL BENEFICIARIO	FRIAS SALAZAR STEPHANIE MONSERRATH
o. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1850141019
ACUSE EN	NTREGA DEL SERVICIO
DBSERVACIONES:	
	ento obligatorio del TPSNS y sus procedimientos que
stán regulados en el presente Reglamento de :	
	ere a la Coordinación de pagos y tarifas que indica
extualmente:	
En caso de objeción o débito, el prestador n	o podrá requerir el pago al usuario/paciente,
amiliares o acompañante. Cualquier cobro en	este sentido será motivo de la sanción que la Ley
orevea"	
A SOLICA NIICLEO DE QUITO	
FINANCIERO - CAJAS	
Mh	
Paola Ortiz	
RTIZ REA JESSICA PAOLA	
TI No.: 1726265190	
ACUSE REC	CEPCIÓN DEL SERVICIO
Quito, Agosto del 2023	
-	
	0 8 AGO 2023
RIAS SALAZAR STEPHANIE MONSERRATH	
bservaciones: Yo Paula Andrea Fabora Audis	en mi calidad de representante. y/o
epresentante o acompañante, del usuario/paci-	ente FRIAS SALAZAR STEPHANIE MONSERRATH certifico
ue el usuario/paciente recibió el servicio r	egistrado en la presente acta.
A COVO	
A 14 E	
Representante/Acompañante:	
WILLEO DE QUITO	
ERTIFICACION DE FIRMAS:	irmas constantes en el presente documento corresponden a la firma del
CERTIFICACIÓN DE FIRMAS: En mi calidad de prestador de servicios, certifico que las fi usuario/paciente o su representante, misma que fue receptada	irmas constantes en el presente documento corresponden a la firma del en esta casa de salud, por lo tanto, me responsabilizo por el contenid o administrativa, civil o penal por la veracidad de la información