

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: C16.9 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2022002121443	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	244493
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	ALCIVAR BARRE PAZID EGBERTO
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1301567390

HOSPITALIZACIÓN**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"

**SOLCA NÚCLEO DE QUITO**
FINANCIERO - CAJAS*Daniela González*

GONZALEZ POZO DANIELA PATRICIA
CI No.: 1721887170

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

02 AGO 2023

ALCIVAR BARRE PAZID EGBERTO

Observaciones: Yo _____ en mi calidad de _____ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente ALCIVAR BARRE PAZID EGBERTO 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.