

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: C77.0 TUMOR MALIGNO DE LOS GANGLIOS LINFATICOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
NÚMERO DE CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 17CVS 2023002155954
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 264397
SERVICIO ENTREGADO: SERVICIO ONCOLÓGICO
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: SALAZAR HERRERA ANDREA IVONNE
No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1715436877

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"



ROSERO CAMUENDO MARTINA ELIZABETH
CI No.: 1718000647

ACUSE RECEPCIÓN DEL SERVICIO

Quito, Agosto del 2023

12 AGO 2023


SALAZAR HERRERA ANDREA IVONNE

Observaciones: Yo _____ en mi calidad de _____ y/o representante o acompañante, del usuario/paciente SALAZAR HERRERA ANDREA IVONNE 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.