3134

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3134 2024	**C.D.P. No.:**	136	**Proceso que pertenece:**	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA

Nombre del Contratista: DAMARYS SUA CRISTIANO **C.C.** 1.000.252.316 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024 **Fecha Terminación inicial:** 31 DE MARZO DE 2024 **Valor Mensual:** $ 1.796.320 **Valor a cobrar:** $ 718.528

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 718.528	$ 402.200	74111477	22/01/2024
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.592.640	$ 3.592.640	$ 718.528	$ 2.874.112

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-02-01 **Hasta:** 2024-02-12

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.2. Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.3. Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.4. Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.5. Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.6. Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera.7. Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.8. Recepcionar dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.9. Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.10. Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.11. Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.12. Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.13. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.14. Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización.15. Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.16. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	"1. Se verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente. 2. Se actualizo datos personales del usuario a facturar. 3. Se genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Se legalizo el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios. en sistema de información. 5. Se elaboro facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.. 6. Se realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Se entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area. 8. Se corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Se realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato."	Se adjuntan 1 folio con las evidencias de las actividades realizadas durante el periodo de FEBRERO 2024. También se pueden validar en DGH en el módulo de facturación en reportes generados. Donde se puede descargar el estadistico con el numero de documento ,

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Damarys Sua
Firma del Contratista

C.C. 1.000.252.316 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	YOINER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

MG

Cuenta de cobro 1 - PS 3134 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DAMARYS SUA CRISTIANO

C.C 1.000.252.316 de la ciudad de BOGOTA

LA SUMA DE:

SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE	**$**	**718.528**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3134 2024 correspondiente al mes de FEBRERO de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Damarys Sua

DAMARYS SUA CRISTIANO
C.C 1000252316
Teléfono 3178525453
Direccion KR 36 17 29B
No Cuenta 17753892061 AHORROS BANCOLOMBIA
Fecha: 29/02/2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000252316	damarys sua cristiano		cra 36 n 17 293 conjunto nardo 2	9034244	suadamarys@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	22/01/2024	74111477	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000252316	damarys sua cristiano	cra 36 n 17 293 conjunto nardo 2	9034244	suadamarys@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	22/01/2024	74111477	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD					RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Horas	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Pensionado	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000252316	sua cristiano damarys	59	0			N																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS042	1.300.000	182.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1000252316	SUA	CRISTIANO	DAMARYS		2019-09	MEDIMAS EPS S.A.S	BENEFICIARIO
CC	1000252316	SUA	CRISTIANO	DAMARYS		2023-11	COOSALUD S.A.S	BENEFICIARIO
CC	1000252316	SUA	CRISTIANO	DAMARYS		2020-05	SALUD TOTAL S.A.	BENEFICIARIO
CC	1000252316	SUA	CRISTIANO	DAMARYS		2024-01	COOSALUD S.A.S	COTIZANTE
CC	1000252316	SUA	CRISTIANO	DAMARYS		2023-09	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
COOSALUD S.A.S	01/2024	14	COTIZANTE	Pago con cotización
COOSALUD S.A.S	11/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
COOSALUD S.A.S	10/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUD TOTAL S.A.	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUD TOTAL S.A.	07/2023	10	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUD TOTAL S.A.	05/2023	1	COTIZANTE	Pago con cotización
COOSALUD S.A.S	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COOSALUD S.A.S	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
SALUD TOTAL S.A.	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
SALUD TOTAL S.A.	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
1 2				18 Registros en 2 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

HOSPITAL SANTA CLARA

DEL 16 DE ENERO AL 15 DE FEBRERO DE 2024

DAMARIS SUA CRISTIANO

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	ENERO DE 2024																FEBRERO DE 2024														COMENTARIOS
		DIA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
			MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	
1	Facturacion ventanilla		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
2	Verificacion Comprobadores		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
3	Digiturnos		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
4	Asignacion de citas medicas		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
5	Cotizaciones		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	
6	Amarre de facturas en ventanilla		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	ENERO DE 2024																FEBRERO DE 2024														TOTAL POR ACTIVIDAD	COMENTARIOS
		DIA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
			MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES		
1	Facturacion ventanilla		70	79	42	82	115		90	75	82	97	86			92	86	77	91	79	110		86	92	96	79	84	110		82	94			2.076	
2	Verificacion Comprobadores		70	79	42	82	115		90	75	82	97	86			92	86	77	91	79	110		86	92	96	79	84	110		82	94			2.076	
3	Digiturnos		70	79	42	82	115		90	75	82	97	86			92	86	77	91	79	110		86	92	96	79	84	110		82	94			2.076	
4	Asignacion de citas medicas		15	15	10	7	0		25	20	15	10	16			14	18	5	10	15	15		15	20	17	16	8	15		9	14			324	
5	Cotizaciones		2	5	5	2	0		3	4	4	0	9			8	6	10	15	14	15		8	18	16	13	18	20		10	14			219	
6	Amarre de facturas en ventanilla		35	38	22	42	80		45	36	42	39	46			48	43	36	48	40	55		43	41	46	48	41	55		41	41			1.051	
	TOTAL POR DIA		262	295	163	297	425	0	343	285	307	340	329	0	0	346	325	282	346	306	415	0	324	355	367	314	319	420	0	306	351	0	0	7.822	

Subred Centro Oriente E.S.E.	**CERTIFICACION DE ACTIVIDADES FACTURACION CONSULTA EXTERNA SCO**

NOMBRES Y APELLIDOS : Damarys Sua Castiano			
MES: F29-02-2024	FECHA DE CERTIFICACION 29/02/2024		
INCONCISTENCIAS PYD ERRORES DE PAGADOR	INCONSISTENCIAS PGP	FACTURAS DE EVENTO	INGRESOS Y TESORERIA
3	3		

Subred Centro Oriente E.S.E.	**CERTIFICACION DE ACTIVIDADES FACTURACION CONSULTA EXTERNA SCO**

NOMBRES Y APELLIDOS :			
MES:_____	FECHA DE CERTIFICACION __/__/____		
INCONCISTENCIAS PYD ERRORES DE PAGADOR	INCONSISTENCIAS PGP	FACTURAS DE EVENTO	INGRESOS Y TESORERIA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051
INDICACIÓN MEDICA

CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 41631535 **Nº Folio:** 45 **Fecha Folio:** 2/02/2024 1:50:06 p. m. **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ALICIA SARMIENTO BECERRA
Identificacion: 41631535 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 25/julio/1954 **Edad Actual:** 69 Años / 6 Meses / 9 Días
Estado Civil: Soltero
Dirección: CARRERA 25 #2 b -48
Teléfono: 3202061242
Procedencia: BOGOTA
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD EPS-S
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: PGP CAPITAL SALUD EPS
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 2

DATOS DEL INGRESO

Responsable: 0
Teléfono Resp: 0
Dirección Resp: 0
Nº Ingreso: 16439246 **Fecha:** 2/02/2024 5:30:47 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General
Area de Servicios: 1SCC31 - SANTA CLARA CONSULTA EXTERNA ORTOPEDIA ADULTO

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida_Consulta_Externa

Detalle:
PLAN
CONTINUAR INMOVILIZACION
CITA CONTROL EN 3 SEMANAS (PRIORITARIA)
RTADIOGRAFIA DE MUÑECA IZQUIERDA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA