

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YINA TATIANA SANCHEZ GOMEZ									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1022404566				
CORREO ELECTRONICO:		taticagomez95@gmail.com				CELULAR:		3158514813			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		facturacion				SEDE:		KE10			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		S04-KE10	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		570113431						PENSIONADO		NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2634-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3-3			
NÚMERO DE CDP		35	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10848	FECHA	31/01/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:		prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			4	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.437.000							
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

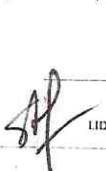
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$4.311.000
VALOR EJECUTADO	\$4.311.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.437.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8664958797	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de ABRIL del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


LIDER DE PROCESO DE FACTURACION


Yina Tatiana Sanchez Gomez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:		FACTURACION				Sede: Kennedy						
No. DE CONTRATO:	2634-2018	Periodo certificado desde el				Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	4	2.018	a	30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YINA TATIANA SANCHEZ GOMEZ				C. C.	1,022,404,566			DE	BOGOTÁ		
OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de facturación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional												
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS						PRODUCTOS ENTREGADOS			
A.Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		100%	Ejecute la comprobación de derechos de los pacientes que ingresan al servicio de consulta externa. Para su proceso de autorizacion de pagador. Autorizaciones vencidas que fueron replazadas por capital salud. Realice el cierre de las facturas luego de la verificación del comprobador de derechos , foyga y capitados acorde al respectivo pagador del usuario.y el respectivo procedimiento a realizar						se entrego las facturas debidamente soportadas y con su respectiva verificación en comprobador de derechos, foyga.			
B.Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		100%	se realizo la admision correspondiente al paciente llenando toda la informacion requerida por el sistema Hosvital,para así garantizar el completo registro de informacion del paciente.						Queda registrada satisfactoriamente los datos de la admision del paciente.			
C.Verificar y aplicar la matriz de contratación vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para la asignación del servicio ambulatorio		100%	se verifíco la matriz de contratacion vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para realizar la asignacion del servicio ambulatorio requerido por el usuario.						se entrego al paciente la asignacion del servicio requerido.			
D.Verificar el soporte de las autorizaciones en los casos de ser requeridas por los diferentes pagadores según la modalidad de contratación.		100%	se verifíco el soporte de las autorizaciones de los diferentes pagadores según la modalidad de contratacion.						se verifíco el soporte de las autorizaciones de los diferentes pagadores según la modalidad de contratacion.			
E.Realizar la asignación de la cita conforme a lo solicitado por el usuario y de acuerdo a la disponibilidad de las agendas de las unidades.		100%	se realizo la asignacion de citas medicas solicitado por el paciente de consulta externa de la especialidad de cirugía maxilofacial, endodoncia, ortopedia maxilar.						se le entrego al paciente la cita correspondiente al procedimiento solicitado.			
F.Generar la facturación de los servicios asignados de manera oportuna, teniendo en cuenta la normativa y contratación vigente, así mismo, realizar el recaudo de cuotas de recuperación y copagos en caso de ser necesario.		100%	se genero la facturacion de los servicios asignados, de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente,se realizo la recaudacion de dinero a los pacientes con copago y los particulares, ese recaudo se entrega diariamente en la caja principal.						se entrego al paciente su respectiva factura del servicio asignado con su respectivo recibo de caja si genero copago.			
G.realizar diariamente el cierre de caja, siguiendo el procedimiento establecido, realizando entrega del dinero recaudado al área de tesorería para el respectivo registro		100%	Se realizo diariamente el cierre de caja siguiendo el procedimiento establecido, se realizo la entrega de dinero recaudado diariamente al area de tesoreria.						se entrego el dinero recaudado al area de tesoreria diariamente, y el cierre de caja.			
H. Hacer la entrega diaria de las facturas por la modalidad de FFD y EVENTO, adjuntando los soportes administrativos y asistenciales, para el proceso de radicación de la misma, como son historias clínicas, soporte de laboratorios, autorizaciones de servicios y demás requeridas según la Resolución 3047/2008 y el Decreto 056 de 2016 (Riesgos Catastróficos, Accidentes de Tránsito - E.CAT)		100%	se realizo la entrega diaria de la facturacion de FFD, CAPITAL, EVENTO, CAPITAL, AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT, adjuntando su debido soporte del procedimiento facturado.						se realizo la entrega diaria de la facturacion de FFD, CAPITAL, EVENTO, CAPITAL, AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT, adjuntando su debido soporte del procedimiento facturado.			
I.Garantizar que el último día del mes sean entregadas la totalidad de las facturas generadas por FFD y EVENTO.		100%	se garantiza que para el ultimo dia del mes sean entregadas y soportadas la totalidad de la facturacion del FFD, CAPITAL, EVENTO, CAPITAL, AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT						se garantiza que para el ultimo dia del mes sean entregadas y soportadas la totalidad de la facturacion del FFD, CAPITAL, EVENTO, CAPITAL, AMBULATORIO OTRAS EPS-S Y SOAT.			
J.Realizar el seguimiento de las admisiones ambulatorias y así mismo generar el soporte y facturación de los mismos		100%	se realizo el seguimiento de las admisiones ambulatorias para así mismo realizar la facturacion de los servicios prestados.						se realizo el seguimiento de las admisiones ambulatorias para así mismo realizar la facturacion de los servicios prestados.			

K. Realizar corrección de las facturas devueltas por los de manera oportuna de las mismas en un plazo máximo de 12 horas.	100%	se realizó la corrección de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.	se realizó la corrección de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.
L. Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.	100%	se realizó la anulación de las facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.	se entregó al señor encargado de las anulaciones VICTOR GOMEZ las facturas para su respectiva anulación del servicio requerido.
M. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.	100%	se cumplió con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.	se cumplió con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.F.
N. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planos de Beneficios (E.A.P.B)	100%	se respondió oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planos de Beneficios (E.A.P.B)	se respondió oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planos de Beneficios (E.A.P.B)

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1437000 MILLON CUATROCIENTOS TREINTAY SIETE MIL PESOS

 YINA TATIANA SANCHEZ GOMEZ CC:1022404566	 LIDER DE PROCESO DE FACTURACION
---	--

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.



RAZON SOCIAL:	YINA TATIANA SANCHEZ GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-1022404566
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-04-09
FECHA DE PAGO:	2018-04-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-04
PERIODO SALUD:	2018-04
NUMERO PLANILLA:	8664958797
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8694297253
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	\$ 0	\$ 97,700	\$ 97,700
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 125,000	\$ 125,000
14-28	800256161	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 19,100	\$ 19,100
Total a pagar				\$ 0	\$ 241,800	\$ 241,800

Yina Tatiana Sanchez

EXITO BOSA
RECUERDA TRAER TU BOLSA REUTILIZABLE

176965 PILA ASO-CAJAS 241.800
Factura: 8694297253
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> \$ 241.800
EFFECTIVO 250.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8694297253 Apro:998628 BANCO:0023

CAMBIO 8.200

DISCRIMINACION TARIFAS IVA			
TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	241800	241800	0
TOTAL=	241800	241800	0

ATENDIDO POR: YENNY CARV
TIQUETE :0376 0190032185
RES.DIAN# 110000674342 DEL 08/ABR/2016
RANG.AUT.0376 0190018685 al 0199999999

TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444

Siempre te daremos el mejor de
nuestros descuentos vigentes,
no acumula con otros descuentos.
CONSERVA TU TIRILLA DE COMPRA
PARA TODOS LOS CAMBIOS DE MERCANCIA
LEER REGLAMENTO
06/ABR/2018 16:06 0376 19 0229 5611

Ud. dejo de sanar 0 puntos
por no pasar su tarjeta Puntos Exito



376 *ZD720*
NRO.EMP _____ NRO.PAQ _____

ABR 06 2018 16:06:51 RBMICT 6.32
EXITO BOSA
CLL 65SUR 78H-54
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0012246245 TER: 001A1005
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0030645611
RECIBO: 003345 RRN: 008504
APRO: 998628

RECAUDO

SERVICIO: 1139
FACTURA: 000000000000008694297253

*** PAGO FACTURA ***
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO \$ 241.800

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los
servicios prestados por el CB. El CB no puede
prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:

01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2018/04
VALOR PLANILLA: \$ 241.800
VALOR COMISION: \$ 0
VALOR IVA: \$ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 04/09
*** CLIENTE ***

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 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 al Consorcio SAYP 2011 y esté proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2389

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1022404566	SANCHEZ	GOMEZ	GINA	TATIANA	2014-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE
CC	1022404566	SANCHEZ	GOMEZ	YINA	TATIANA	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1022404566	SANCHEZ	GOMEZ	YINA	TATIANA	2015-03	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE
CC	1022404566	SANCHEZ	GOMEZ	YINA	TATIANA	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NÚMERO
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	01/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	12/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	11/2017	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Yina Tatiana Sanchez Gomez

01/03/2018 - 31-03-2018

Mano/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas desueltas por Central de Cuentas	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gestionados
Semana 1	91	74.330.323	0	0	0	-	0	-	0	1	0	0
Semana 2	406	81.372.090	0	0	5	1.948.351	5	2.438.950	0	2	0	0
Semana 3	279	51.613.594	405	0	8	1.365.622	8	1.255.250	0	2	0	0
Semana 4	294	250.026.157	247	0	4	1.201.903	4	1.189.680	0	1	0	0
Semana 5	120	37.940.298	271	0	2	414.020	2	485.205	0	9	0	0
Total	1.190	\$ 495.222.462	923	0	19	\$ 4.929.896	0	\$ 5.379.085	0	0	0	0
Proceso entregadas en Abril.			177									
Verificado Por: (Seguimiento hoja de ruta):				Ingresos Abiertos y Anulación de facturas:			Analista:					

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:	

Yina Tatiana Sanchez
Firma Colaborador (Contratista)

INFORME DE ACTIVIDADES FACTURACIÓN

Yina Tatiana Sanchez Gomez

01/04/2018 - 08-04-2018

Nombre Contratista:

Fecha:

Mano/Actividades	No. Facturas Generadas	Valor Facturas Generadas	No. Facturas Entregadas a Central de Cuentas	No. Facturas devueltas por Central de Cuentas	No Facturas anuladas	Valor Facturas Anuladas	No. Facturas anuladas con remplazo	Valor de Facturas con remplazo	No. Facturas pendiente por autorizaciones	No. Facturas pendiente por Soportes	No. Ingresos Abiertos	No. Ingresos Abiertos Gasstonados
Semana 1	161	73.136.339	0	0	0	-	0	-	0	64	1	1
Semana 2	166	25.426.801	0	0	1	80.280	1	92.080	0	0	0	0
Semana 3	0	-	0	0	0	-	0	-	0	0	0	0
Semana 4	0	-	0	0	0	-	0	-	0	0	0	0
Semana 5	0	-	0	0	0	-	0	-	0	0	0	0
Total	327	98.563.140	0	0	1	80.280	0	\$ 92.080	0	0	0	0
Verificado Por: (Seguimiento hoja de ruta):												

Tipo de Soporte pendiente y Observaciones:

Yina Tatiana Sanchez
Firma Colaborador: (Contratista)



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1022404566
NOMBRES	YINA TATIANA
APELLIDOS	SANCHEZ GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:

04/10/2018 15:12:55

Estación de origen:

190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de **gestionar la plena identificación de los afiliados**, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se