ACTA No. 152

FECHA: Fusagasugá, 30 junio de 2023

HORA: 10:00 am 5:00 pm

LUGAR: Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita

TEMA: Coordinación con instituciones

ASISTENTES:

- Fernando Salcedo – Coordinador
- Diana Marcela Siatama- Trabajadora social

ORDEN DEL DÍA:

1. Radicación de traslado de EPS ante Nueva EPS
2. Actualización de listado Censal a la Secretaria de Salud del municipio de Fusagasugá.

OBJETIVO:

Desarrollar las acciones pertinentes que permitan y faciliten la articulación interinstitucional favoreciendo la atención integral de la población mayor.

DESARROLLO:

Desde la Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita, entre el 1 al 30 de junio de 2023, se realizaron las siguientes coordinaciones interinstitucionales:

NUEVA EPS

El 08/06/2023 Se realiza solicitud a la entidad en mención a fin de realizar radicado de trámite de traslado de EPS de la persona mayor Rodrigo de Jesus Cano Betancur, quien ingreso a la unidad operativa el 26/05/2023, por lo cual hace presencia en la unidad operativa Érica Rodríguez, en representación del área de afiliaciones y se logra realizar la radicación No110009941 El tramite queda en espera de que se haga efectivo según las disposiciones del decreto 780 del 2016.

SECRETARIA DE SALUD DE FUSAGASUGA

Teniendo en cuenta los lineamientos acordados en la reunión, con la secretaria de Salud de Fusagasugá, se da cumplimiento a lo establecido, realizando la actualización del listado censal el 16 de junio 2023.

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

CONVOCATORIA: N/A

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Fernando Salcedo Mendez	Coordinador	Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita	
Diana Marcela Siatama	Trabajadora social	Comunidad de Cuidado Hogar San José Saramita	

Elaboró: Diana Marcela Siatama- Trabajadora Social.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 16064781

Traslado
01-08-2023
Ercar
3222364144

1100099941

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA 08 MES 06 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Cano	SEGUNDO APELLIDO: Betancur	PRIMER NOMBRE: Maria Rodrigo	SEGUNDO NOMBRE: de Jesus

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]	8279444	F [X] M [ ]	DÍA 03 MES 05 AÑO 1944

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo	Condición	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
			F N M	T P		16	

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		CR-36 A - 25	La Ven-la	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Fundacion	Magdalena	U. [X] R. [ ]	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3202042639	fundacionlascaramitas@gmail.com	12319

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F N M	31. DISCAPACIDAD Condición T P
1		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4		CN RC TI CC CE PA SC PE							F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA	UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR	CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN	SERVICIO AVALADO POR SNS	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]									I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
	C.C [ ] C.E [ ] P.A [ ] C.D [ ] N.I [ ] P.E [ ]			

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:										

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

ALCALDÍA DE FUSAGASUGÁ

00290427

Al contestar cite Radicado E-2023-28725 Id: 290427
Folios: 5 Fecha: 2023-05-10 10:37:11
Anexos: 0
Remitente: SECRETARIA DE SALUD
Destinatario: HOGAR SAN JOSE SARAMITA

Fusagasugá, 09 de mayo de 2023

Señores:
CENTRO DE PROTECCIÓN SARAMITA
profesionalessaramita@gmail.com
Fusagasugá – Cundinamarca

Asunto: Actualización en el reporte de Listado Censal – Adultos Mayores en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono.

En el marco del proceso para lograr la meta de cobertura universa en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, durante el año 2022, la Secretaria de Salud municipal adelanta las acciones necesarias para el aseguramiento de los usuarios en la categoría de población no asegurada, la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS consolida la cobertura universal del aseguramiento de 91,07%, para el Municipio de Fusagasugá con corte a marzo de 2023 según reporte del Ministerio de salud.

Es así que, de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 1838 de 2019, mediante la cual se establece los parámetros en la generación, consolidación y reporte de los Listados Censales, por lo tanto, para el caso que nos acude frente a la población referenciada en el artículo 5 literal C, la cual describe a la población ***"Adultos mayores en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono"*** desde la Secretaría de Salud, venimos trabajando en las herramientas que nos permitan felicitar la recolección y calidad de esta información.

Por lo tanto, entendiendo que a la fecha este reporte se venía ejecutando de manera semanal, con el envió de la base general del total de usuarios a cargo del centro de protección, el fin es facilitar este reporte en todo su proceso de estructuración, por lo que a partir de la fecha se dispondrá de un formulario web que permitirá mitigar las eventualidades presentadas en el reporte de esta población.

De tal forma, el formulario esta diseñado de la siguiente forma:

1. **Tipo de Documento***
   En esta opción se debe seleccionar el tipo de documento acreditado por parte del usuario sujeto al reporte de listado censal de acuerdo a la siguiente lista:

- CC – Cedula de Ciudadanía
- AS – Adulto Sin Identificación

2. **Número de documento***
   Este se debe diligenciar con el número de documento acreditado por el usuario sujeto a reporte de listado censal; el número se debe ingresar sin puntos, sin comas y sin espacios en blanco al inicio o al final del campo en referencia.

3. **Primer Nombre***
   Este se debe diligenciar con el primer nombre acreditado en el documento de identificación del usuario sujeto a reporte en listado censal, este campo se debe diligenciar en **MAYÚSCULA**, y se debe ingresar sin puntos, sin comas y sin espacios en blanco al inicio o al final del campo en referencia.

4. **Segundo Nombre**
   Este se debe diligenciar con el segundo nombre acreditado en el documento de identificación del usuario sujeto a reporte en listado censal, este campo se debe diligenciar en **MAYÚSCULA**, y se debe ingresar sin puntos, sin comas y sin espacios en blanco al inicio o al final del campo en referencia.

5. **Primer Apellido***
   Este se debe diligenciar con el primer apellido acreditado en el documento de identificación del usuario sujeto a reporte en listado censal, este campo se debe diligenciar en **MAYÚSCULA**, y se debe ingresar sin puntos, sin comas y sin espacios en blanco al inicio o al final del campo en referencia.

6. **Segundo Apellido**
   Este se debe diligenciar con el segundo apellido acreditado en el documento de identificación del usuario sujeto a reporte en listado censal, este campo se debe diligenciar en **MAYÚSCULA**, y se debe ingresar sin puntos, sin comas y sin espacios en blanco al inicio o al final del campo en referencia.

7. **Fecha de Nacimiento***
   La fecha debe corresponde a la registrada en el documento de identificación acreditado por el usuario sujeto a reporte en listado censal, de acuerdo al calendario deseñado en el formulario.

8. **Sexo***
   En esta opción se debe seleccionar el sexo acreditado por parte del usuario sujeto al reporte en listado censal de acuerdo a la siguiente lista:

   - F – Femenino
   - M – Masculino

9. **Tipo de Novedad a presentar***

Dirección: Calle. 6 N° 6 - 24, Alcaldía Fusagasugá - Cundinamarca
www.fusagasuga-cundinamarca.gov.co
atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
Teléfonos: 886 81 81 – Fax: 886 81 86
Línea gratuita: 01 8000 12 7070
Código Postal: 252211

En esta opción se debe seleccionar el tipo de novedad a reportar, de acuerdo a la condición que presente el usuario sujeto a reporte, de acuerdo a la siguiente lista:

- Ingreso - Cuando el usuario debe ser incluido como población especial: esta opción se selecciona únicamente cuando el usuario ingresa al centro de protección, se debe diligenciar por una única vez.
- Retiro - Cuando se presente traslado o muerte del usuario ya incluido como población especial: esta opción se selecciona únicamente cuando el usuario presenta alguna novedad de traslado o retiro del centro de la protección, o llegado se presente la muerte del usuario **ya registrado o cargado como población especial a cargo de nuestra entidad territorial**.

10. **Descripción número del Convenio de Manutención y cuidado***
    En este campo, es indispensable diligenciar la descripción o Número del contrato o consecutivo por medio del cual el adulto mayor es vinculado o asignado a la institución.

11. **Municipio origen y/o caracterizador***
    En este campo se debe **describir el municipio o distrito** de donde proviene el adulto mayor que entra a ser parte del centro de protección, así mismo, este campo describirá la entidad responsable en la manutención del usuario en esta condición.

Por lo tanto, entendiendo la complejidad en dicho reporte, la información solicitada fue diseñado el formulario, con el propósito de obtener los datos básicos y necesarios para generar este cargue por medio de la **Plataforma de Intercambio de la Información – PISIS** del **Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO**, por lo que se diseñó de manera exclusiva esta herramienta para el reporte del Centro de protección.

Así bien, por medio del siguiente código QR o Link podrán acceder al diligenciamiento de la información necesaria para el reporte de esta información:

Dirección: Calle. 6 N° 6 - 24, Alcaldía Fusagasugá - Cundinamarca
www.fusagasuga-cundinamarca.gov.co
atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
Teléfonos: 886 81 81 – Fax: 886 81 86
Línea gratuita: 01 8000 12 7070
Código Postal: 252211

https://forms.office.com/r/YrkdRWVPRd

Es válido mencionar que, es de total responsabilidad del centro de protección la administración, uso y reporte por medio del canal dispuesto, por lo que requerimos que sean acogidas de manera integral las instrucciones descritas con anterioridad, toda vez que, esta herramienta nos permitirá mitigar algún tipo de eventualidad en el registro y reporte de dicha información.

Expuesto lo anterior, con el fin de mitigar algún tipo de eventualidad en la consolidación de la información, agradecemos de su apoyo, **ya que es imperativo se genere el registro del total de usuarios en el centro de protección por única vez por medio de la herramienta dispuesta**, acción que nos permitirá despegar las labores tendientes a la garantía en el acceso a los servicios de salud de estos usuarios, por lo tanto, **contaran hasta el próximo 19 mayo de 2023 para ejecutar en su totalidad este reporte**.

Por lo tanto, posterior a este reporte general inicial, **las novedades de ingreso o retiro según corresponda, se diligenciarán en el momento en el que se genere dicha situación**, por lo que no será requisito imperativo el envió o reporte periódico de algún archivo o base consolidada, no obstante, se generaran las labores de seguimiento necesarios que nos permitan garantizar que este proceso se esté llevando a cabo.

Así mismo, nos permitimos indicarles que la información por ustedes reportada, estará sujeta a las labores de consolidación, verificación y auditoría, acciones que permitirán garantizar el reporte de los usuarios como población especial, adicionalmente, se

Dirección: Calle. 6 N° 6 - 24, Alcaldía Fusagasugá - Cundinamarca
www.fusagasuga-cundinamarca.gov.co
atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
Teléfonos: 886 81 81 – Fax: 886 81 86
Línea gratuita: 01 8000 12 7070
Código Postal: 252211

ejecutarán los cruces de información tendientes a garantizar el aseguramiento en salud a cargo de nuestra entidad territorial.

Por otro lado, debemos entender que de acuerdo a lo contemplado en el Decreto 1652 de 2022 la población ***"Adultos mayores en centros de protección de escasos recursos y en condición de abandono"*** se encuentra exceptuada de cobro de **copagos**, de acuerdo a lo contemplado en su Artículo 2.10.4.9, numeral 2, subgrupo 2.4.4., por lo que, es fundamenta el reporte integral de dicha población, para el acceso y goce efectivo de los servicios de salud, de acuerdo a los parámetros contemplados en la Ley.

Nuestra administración Municipal "CON LA FUERZA CON LA GENTE", reitera su compromiso por desarrollar actividades de manera intersectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que buscan materializar el derecho a un ambiente sano, que favorezca y promueva la calidad de vida y salud de la población de presentes y futuras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios, laborales, ocupacionales y ambientales.

Cordialmente

MARÍA DEL PILAR HURTADO BONILLA
SECRETARIA DE DESPACHO

GESTIÓN DOCUMENTAL:
Original: Destinatarios
1ª Copia: SECRETARIA DE SALUD
Proyectó: Ferdinando Pérez Beltrán Técnico Administrativo – Aseguramiento
Reviso: Sandra Liliana Quintero Laguna – Profesional especializada
Aprobó: María del Pilar Hurtado- Secretaría de salud

Dirección: Calle. 6 N° 6 - 24, Alcaldía Fusagasugá - Cundinamarca
www.fusagasuga-cundinamarca.gov.co
atencionalciudadano@fusagasuga-cundinamarca.gov.co
Teléfonos: 886 81 81 – Fax: 886 81 86
Línea gratuita: 01 8000 12 7070
Código Postal: 252211