

**Pre visualización de formato integrado****Institución o dependencia**

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN

**Fecha última actualización**

2016-01-04

**Estado**

Inscrito

**Tipo formato integrado** Modelo Único – Hijo**Número**

31062

**Descripción**

Nombre propuesto en el inventario

**Asignación de cita para la prestación de servicios en salud****Nombre****Asignación de cita para la prestación de servicios en salud****Nombre estandarizado**

Asignación cita(s) para la prestación de servicios en salud

**También se conoce como***Cita medicina general, Cita medicina especializada, Cita odontológica, Cita de promoción y prevención***Propósito de cara al usuario**

Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.

**¿Se puede realizar por medios electrónicos?**

no disponible

**Información del resultado final****Nombre del resultado****Cita agendada****Tiempo de obtención**

4 día(s) hábil

**¿Tiene observaciones y excepciones al tiempo de obtención?**

Este proceso esta supeditado a las condiciones establecidas por la EPS para el acceso y responsabilidad de solicitud de las citas.

**Medio por donde se obtiene el resultado**

Correo electrónico

**Fundamento legal**

Tipo de norma	Número	Año	Títulos, capítulos o artículos	Elementos del Trámite	Soporte
Resolución	1552	2013	Todos		
Resolución	5261	1994	Artículo 5		
Ley	1438	2011	Artículos 55, 139.8		
Ley	1122	2007	Artículo 23		
Decreto Ley	019	2012	Artículos 123, 124	Documento	
Decreto	4747	2007	Artículo 16	Documento	
Acuerdo	260	2004	Todos		

**Información de ejecución****Puntos de atención**En un punto de atención específico de la institución  
[Ver puntos de atención](#)**Fecha de ejecución**

Cualquier fecha

**Registro dirigido a****Ciudadano****Extranjeros**

Situaciones de vida

Ninguno

## Clasificación temática

Salud

## Qué se necesita

### 1 Reunir los documentos y cumplir con las condiciones establecidas para el trámite



#### Documento

**Cédula de ciudadanía** : 1 original(es)**Anotaciones adicionales:** Los menores de 18 años tarjeta de identidad y menores de 7 años registro civil de nacimiento**Aplica para:** Ciudadano

#### Documento

**Cédula de extranjería:** 1 original(es)**Aplica para:** Extranjeros

#### Documento

**Autorización de servicios:** 1 original(es)**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

### Excepción 1: En caso de ser afiliado a una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado



#### Verificación institución

Estar afiliado a la entidad promotora de salud - EPS del régimen subsidiado que tenga convenio con el hospital

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Nota:** para cumplir con esta acción no debe adjuntar ningún soporte. La institución verificará que usted cumpla con lo que se solicita

### Excepción 2: En caso de ser población vinculada



#### Verificación institución

Encontrarse en el nivel I o II del SISBEN y no estar afiliado a una entidad promotora de salud

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**Nota:** para cumplir con esta acción no debe adjuntar ningún soporte. La institución verificará que usted cumpla con lo que se solicita

### 2 Solicitar la cita

**Verificación institución**

Verificación de derechos en base de datos

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

**Nota:** para cumplir con esta acción no debe adjuntar ningún soporte. La institución verificará que usted cumpla con lo que se solicita

**Canal de atención****Medio**

Telefónico

**Detalle**

Fijo **(57)(602) 8211721** ext. 1024, Horario de atención: 7:00 am a 6:00 pm

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

### 3 Realizar la cancelación de la cita en caso de no poder asistir

**Canal de atención****Medio**

Telefónico

**Detalle**

Fijo **(57)(602) 8211721** ext. 1024, Horario de atención: 6:30 am a 5:30 pm

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

### 4 Asistir a la cita en la fecha y hora programada, presentando los documentos requeridos

**Canal de atención**

Debe presentarse veinte (20) minutos antes de la hora programada para la cita, tiempo necesario para facturar el servicio.

**Medio**

Presencial

**Detalle**

[Presencial en los puntos de atención indicados por la institución](#)

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

### 5 Realizar el pago

**Pago****Descripción del pago:****Descripción**

Cuota Moderadora o Copago

**Tipo moneda**

Pesos (\$)

**Tipo valor**

Avalúo y/o liquidación

**Valor****Información del medio de pago:**

- En la entidad solicitante: Cuota Moderadora o Copago

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

**Cita agendada****Medio por donde se obtiene el resultado: Correo electrónico****Medio para seguimiento del usuario****- Seguimiento en la sede principal****Dirección** Calle 15 No. 17A 136**Teléfono:** 8213893**Correo electrónico** hospitalhslv@hosusana.gov.co**- Seleccione el(los) canal(es)**

Medio	Detalle
Telefónico	Fijo <b>(57)(602) 8211721</b> ext. 1024, Horario de atención: 7:00 am a 6:00 pm

