

## 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	 <b>Modelo Único – Hijo</b>	Número	<b>31062</b>

### Descripción

Nombre propuesto en el inventario	<b>Asignación de cita para la prestación de servicios en salud</b>
Nombre	<b>Asignación de cita para la prestación de servicios en salud</b>
Nombre estandarizado	Asignación cita(s) para la prestación de servicios en salud
También se conoce como	<i>Cita medicina general,Cita medicina especializada,Cita odontológica,Cita de promoción y prevención</i>
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	<b>Cita agendada</b>
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**

Teléfono

**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**

Teléfono

**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

