

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: F-AS-PS05-09
	RATIFICACION (RESPUESTA ENTIDAD)	Fecha Aprobación: 11/01/13
		Versión: 01
		Página 1 de 1

San José de Cúcuta,

Doctor(a)
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX
Ciudad

Asunto: Respuesta glosa mes -----

Respetado Doctor(a):

La presente es con el fin de manifestarle que el Instituto Departamental de Salud mantiene las glosas realizadas a la facturación del mes de ----- de -----.

ESE	VALOR GLOSA TEMPORAL	VALOR GLOSA ACEPTADA ESE	VALOR LEVANTADO IDS	VALOR GLOSA RATIFICADA IDS

Cordialmente,

PROFESIONAL DE AUDITORIA IDS