

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

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**