

10.1-4.2

ACUERDO NÚMERO CDS 001 DE 2026  
(febrero 03)

Por medio del cual se establece el valor de las CUOTAS MODERADORAS, COPAGOS y UPC ADICIONAL, aplicables a los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca a partir del 03 de febrero de 2026.

EL CONSEJO DE SALUD DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y ESPECIALMENTE LAS CONFERIDAS POR EL ACUERDO 010 DEL 23 DE MARZO DE 2010, y la Resolución Rectoral No.0639 de 13 de junio de 2024,

CONSIDERANDO:

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Circular Externa No. 048 del 31 de diciembre de 2025, en la cual se establece la actualización de los montos de cuotas moderadoras y copagos para los regímenes contributivo y subsidiado, vigentes a partir del 1º de enero de 2026, esta actualización está fundamentada en la implementación de la Unidad de Valor Básico (UVB), ajustada anualmente según la variación del Índice.

La Circular Externa 048 del 31 de diciembre de 2025, que a la letra dice; " El artículo 187 de la Ley 100 de 1993 dispone que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras, cuyo régimen fue definido por el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS mediante el Acuerdo 260 de 2004", en el cual se establecieron los montos de las cuotas moderadoras y los tope máximos de los copagos por evento y año calendario, expresados en salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Todas las entidades promotoras de salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

Según el Acuerdo 010 de 2010 en su artículo 15 numeral 12 y numeral 19 son funciones del Consejo de Salud fijar y reglamentar las tarifas de los servicios de salud que presta la Unidad de Salud.

En virtud de lo anterior se hace necesario realizar el ajuste por valores a cancelar en Cuotas Moderadoras, Copagos y UPC Adicional para el año 2026.

El Decreto 1652 de 2022 define: en su artículo 2.10.4.1 **Pagos Compartidos o Copagos**. Los pagos compartidos o copagos son un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado con la finalidad de contribuir a financiar el Sistema y están a cargo de los afiliados beneficiarios. Por otro lado, en el artículo 2.10.4.2 **Cuotas Moderadoras**. Las cuotas moderadoras son un aporte en dinero que corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios por la utilización de los servicios de salud con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Por lo anterior,

RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** Actualizar el valor de las CUOTAS MODERADORAS, COPAGOS y UPC ADICIONAL que se aplicaran en la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca a partir del 03 de febrero de 2026.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Ingreso base para la aplicación de los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras. Los pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante, reportado al momento de la prestación de los servicios de salud y conforme a la progresividad en el nivel socioeconómico, es decir que a mayor nivel de ingresos del afiliado será mayor el cobro de copago y cuota moderadora y viceversa.

Conforme a lo anterior, la Unidad de Salud procede a realizar las actualizaciones del monto de las cuotas moderadoras y copagos para el Régimen Contributivo:

**1-. Valor de las Cuotas Moderadoras.** Fijar el valor de las cuotas moderadoras para la vigencia 2026, así:

**VALOR CUOTAS MODERADORAS UNIDAD DE SALUD VIGENCIA 2026**

CATEGORÍA	VALOR CUOTA MODERADORA 2026
1	\$ 5.000
2A	\$ 17.500
2B	\$ 21.000
3	\$ 39.500

- **Servicios sujetos al cobro de Cuotas Moderadoras.** Las cuotas moderadoras se pagarán por cada usuario al momento de la utilización de cada uno de los siguientes servicios, de manera independiente y los servicios incluyen:

1. Consulta externa general médica y odontológica (registrada en las categorías 89.0.2., 89.0.3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS).
2. Consulta externa especializada médica y odontológica (registrada en las categorías 89.0.2., 89.0.3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS incluyendo la consulta en medicina alternativa aceptada conforme las normas vigentes en el país).
3. Consulta externa por nutricionista, optometría, foniatría y fonoaudiología, fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional y psicología (registrada en las categorías 89.0.2., 89.0.3. y 89.0.4. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS).
4. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos.
5. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico (registrados en el Grupo 90. de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS), ordenados en forma ambulatoria. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.
6. Exámenes de diagnóstico por imagenología correspondientes a radiología general y ecografías (registrados en el subgrupo 87.0 al 87.3 y 88.1 de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS), ordenados en forma ambulatoria, excepto cuando hagan parte integral de un procedimiento quirúrgico ambulatorio sujeto al cobro de copago. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella.
7. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando se trate de pacientes clasificados en las categorías de triage IV y V conforme la Resolución 5596 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya. En todo caso, no podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.
8. Los tratamientos ambulatorios que se realizan en varios tiempos o en sesiones como los de terapias estarán sujetos al cobro de una Cuota Moderadora para el Afiliado Cotizante por cada diez sesiones.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** En el año calendario está exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o el primer servicio de los previstos en el artículo cuarto del presente acuerdo, con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente por cada servicio.

**PARÁGRAFO TERCERO:** Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud son mensuales y las entregas de medicamentos, insumos, terapias y demás servicios también lo son. En ocasiones, hay formulaciones de médicos especialistas tratantes para tres o seis meses, pero la entrega de la fórmula es mensual y el pago de la Cuota Moderadora también lo es.

**ARTICULO TERCERO: Excepciones para el cobro de cuota moderadora. Están exceptuados del cobro de cuota moderadora:**

1. Los afiliados que deban someterse a prescripciones regulares en los siguientes diagnósticos con sus tratamientos integrales, priorizados por su impacto en la salud de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud:
  - a. Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
  - b. Atención de pacientes con hipertensión arterial.
  - c. Atención del paciente trasplantado.
  - d. Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas.
  - e. Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda).
  - f. Problemas o trastornos mentales.
  - g. Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC.
2. Las intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:
  - a. Las intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
  - b. Las intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno –Perinatal.
  - c. Las intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.
  - d. Las atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.

**ARTICULO CUARTO: Fijar el valor de los Copagos para la vigencia 2026.**

CATEGORÍA	RANGO DE INGRESO EN SMLMV	PORCENTAJE DEL VALOR DEL SERVICIO
1	MENOR a 2 SMLMV	11,50%
2	ENTRE 2 Y 5 SMLMV	17,30%
3	MAYOR A 5 SMLMV	23,00%

- SMLMV Salario Mínimo Legal Mensual Vigente
- Año Calendario agregado de copagos del 1º de enero al 31 de diciembre de cada anualidad

**-. Tope máximo de copago por EVENTO afiliado beneficiario vigencia 2026**

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	COPAGO EN UVB DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026	VALOR UVB 2026	COPAGO EN PESOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026
MENOR A 2 SMLMV	30,86	\$12.110	\$373.715
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	123,67	\$12.110	\$1.497.644
MAYOR A 5 SMLMV	247,35	\$12.110	\$2.995.409

\* Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV). (Acuerdo 260 de 2004).

**-. Tope máximo de copago por AÑO AFILIADO beneficiario vigencia 2026**

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	TOPE MÁXIMO POR AÑO POR AFILIADO BENEFICIARIO SMLMV	COPAGO EN UVB DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026	VALOR UVB 2026	COPAGO EN PESOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO VIGENCIA 2026
MENOR A 2 SMLMV	57,5%	61.84	\$12.110	\$ 748.882
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	230%	247.35	\$12.110	\$2.995.409
MAYOR A 5 SMLMV	460%	494.69	\$12.110	\$5.990.696

\* Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV). (Acuerdo 260 de 2004).

**PARÁGRAFO:** Para efectos del presente Acuerdo, se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

**ARTÍCULO QUINTO: Servicios sujetos al cobro de Copagos.** Los Copagos serán cancelados por los Afiliados Beneficiarios y deberán aplicarse a todos los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los servicios complementarios identificados en la herramienta tecnológica MIPRES, salvo lo establecido en los artículos cuarto y quinto del presente acuerdo y aquellos servicios sujetos al cobro de Cuota Moderadora.

Los tratamientos ambulatorios que se realizan en varios tiempos o en sesiones como las terapias estarán sujetos al cobro copago por cada diez sesiones.

**ARTÍCULO SEXTO: Excepciones del cobro de Copagos.** Los Afiliados Beneficiarios están exentos de copago, por las atenciones en salud originadas en:

1. Pacientes Catalogados como de Alto Costo:

- a. Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea.
- b. Atención integral para la insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
- c. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
- d. Atención integral para el manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
- e. Atención integral para la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
- f. Atención integral para los reemplazos articulares.
- g. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física. Se entiende como evento de alto costo del gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:
  - 1) Quemaduras de 2° y 3° grado en más del 20% de la superficie corporal.
  - 2) Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
  - 3) Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
  - 4) Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
  - 5) Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
  - 6) Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.
- h. Atención integral para el manejo del trauma mayor, entendido este, como el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.
- i. Atención integral para el diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
- j. Atención integral de pacientes con cáncer.
- k. Atención integral para el manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
- l. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

- m. Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas.
2. Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III definidas en la Resolución 5596 de 2015 o las normas que regulen la materia.
  3. Intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud y atenciones de enfermedades transmisibles de interés en salud pública, que se especifican a continuación:
    - a. Las intervenciones contenidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
    - b. Las intervenciones que pertenecen a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal.
    - c. Las intervenciones que se relacionan con educación para la salud e información en salud de todas las Rutas Integrales de Atención en Salud.
    - d. Las atenciones para las enfermedades transmisibles de interés en salud pública que tienen alta externalidad.

**ARTÍCULO SEPTIMO: Excepción del cobro de Cuotas Moderadoras y Copagos para grupos o poblaciones especiales.** Además de las excepciones señaladas en los artículos tercero y sexto del presente acuerdo, se exceptúa del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según corresponda, a los siguientes grupos poblacionales especiales:

1. La población menor de 18 años a quien se le haya confirmado, a través de los estudios pertinentes, el diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, certificado por el oncohematólogo pediátrico, debidamente acreditado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con la normatividad vigente, estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4, parágrafo 2.
2. La población menor de 18 años con diagnóstico confirmado y certificado por el Oncohematólogo Pediátrico de Aplasias Medulares y Síndromes de Falla Medular, Desórdenes Hemorrágicos Hereditarios, Enfermedades Hematológicas Congénitas, histiocitosis y Desórdenes Histiocitarios; estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4, parágrafo 2.
3. La población menor de 18 años, cuando el médico general o cualquier especialista de la medicina, tenga sospecha de cáncer o de las enfermedades enunciadas en el literal anterior y se requieran exámenes y procedimientos especializados, hasta tanto el diagnóstico no se descarte, estará exceptuada del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en la Ley 1388 de 2010 artículo 2, modificado por la Ley 2026 de 2020 artículo 4, parágrafo 2.
4. Las personas mayores de edad, en relación con la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas estarán exceptuadas del cobro de copago, conforme lo dispuesto en los artículos 2 y 3 de la Ley 1412 de 2010, modificada por la Ley 1996 de 2019 o las normas que los modifiquen o sustituyan.
5. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, respecto de los servicios para su rehabilitación física y mental, hasta que se certifique médicamente su recuperación, estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que los modifiquen o sustituyan.
6. Todas las mujeres víctimas de violencia física o sexual, que estén certificadas por la autoridad competente, respecto de la prestación de los servicios de salud física y mental, sin importar su
7. régimen de afiliación, hasta que se certifique médicamente la recuperación, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, conforme lo dispuesto en el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.
8. Las víctimas contempladas en la parte resolutive de las sentencias proferidas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos. El Ministerio de Salud y Protección Social suministrará a las entidades

9. promotoras de salud y entidades adaptadas el listado de beneficiarios, previa suscripción del acuerdo de confidencialidad que Se disponga para tal fin.
10. Las personas en situación de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional cuando se haya establecido el procedimiento requerido, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos, según lo dispuesto en el artículo 9, numeral 9 de la Ley 1618 de 2013 o las normas que los modifiquen o sustituyan.
11. Las víctimas de lesiones personales, causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva, o por cualquier elemento que generen daño o destrucción al entrar o tener contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, estarán exceptuadas del cobro de cuotas moderadoras y copagos conforme lo dispuesto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por la Ley 1639 de 2013 y modificado por la Ley 1971 de 2019.
12. Las personas, incluidos los niños, niñas y adolescentes que hagan uso del derecho a morir con dignidad estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos en los términos previstos en el artículo 14 de la Resolución 971 de 2021 y 16 de la Resolución 825 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social o las normas que los modifiquen o sustituyan.
13. Los veteranos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de los servicios de salud que se brinden para la recuperación integral de secuelas físicas y psicológicas estarán exceptuados del cobro de cuotas moderadoras y copagos según lo dispuesto en la Ley 1979 de 2019 y el artículo 2.3.1.8.3.4.1. del Decreto 1070 de 2015.

PARÁGRAFO PRIMERO: en ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras y copagos.

PARÁGRAFO SEGUNDO: No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio y usuario Cuotas Moderadoras y Copagos.

PARÁGRAFO TERCERO: Accesibilidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población debido a su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales. En estos casos el usuario puede hacer uso de los procedimientos definidos para tal fin.

PARÁGRAFO CUARTO: El afiliado cotizante responderá por los pagos de los pagos compartidos (Cuotas Moderadoras y Copagos) de sus beneficiarios.

**ARTÍCULO OCTAVO: UPC Adicional.** De conformidad con lo establecido en el Artículo 2.1.4.5 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, y acorde con la Resolución No.2764 del 30 de diciembre de 2025, artículo 3, Ministerio de Salud y Protección Social, a continuación, se dan a conocer los valores de la UPC Adicional para el Régimen Contributivo para el año 2026.

Estos valores corresponden al pago que debe hacer el cotizante por cada persona que no haga parte de su grupo familiar básico y que afilie a su cargo (Beneficiario Adicional) o que vienen pagando por ellos.

Este valor se encuentra establecido en las normas de los entes de vigilancia y control de acuerdo con la edad y sexo de cada persona, y regirán a partir del 03 de febrero de 2026.

VALOR UPC ADICIONAL VIGENCIA 2026

ORDEN	GRUPO DE EDAD	VALOR EXACTO PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, SEGÚN RESOLUCIÓN 2764
1	Menores de 1 año	502.900
2	De 1 a 4 años	146.300
3	De 5 a 14 años	60.400
4	De 15 a 18 años Hombre	58.400
5	De 15 a 18 años Mujer	90.200
6	De 19 a 44 años Hombre	99.000
7	De 19 a 44 años Mujer	180.800
8	De 45 a 49 años	184.500
9	De 50 a 54 años	232.800
10	De 55 a 59 años	275.200
11	De 60 a 64 años	352.700
12	De 65 a 69 años	436.300
13	De 70 a 74 años	527.100
14	De 75 años y mas	657.000

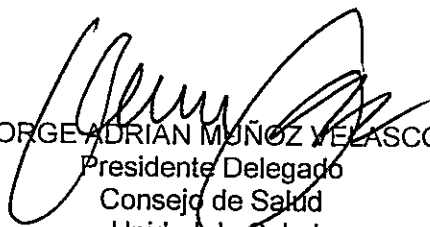
\*\*Valores aproximados a la centena superior - Art. 3.2.1.5 Decreto 780 de 2016.

**Grandes Ciudades y Conurbados:** Comprende las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias D. T. y C, Cartago, Dosquebradas, Cúcuta, Floridablanca, Ilagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tulúa, Valledupar y Villavicencio.

**ARTÍCULO NOVENO:** Derogar el Acuerdo número CDS- 001 del 20 de marzo de 2025.

**ARTÍCULO DECIMO:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

  
JORGE ADRIAN MUÑOZ VELASCO  
Presidente Delegado  
Consejo de Salud  
Unidad de Salud

Proyecto: C. Zulma Velasco C. *ZVC*

Reviso: Dra. Ondina Said Hormiga Rengifo directora encargada *On*