

6.08 SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE SE TIENE DERECHO MEDIANTE PAGO PERIODICO

| | | | | | | | | | | Continuación | |
|-----------------|--------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|------|-------------|------------|--------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| Número de Línea | Descripción del servicio | Código | Quién recibe el servicio (anote 99 si no es un N° del Miembro) | Lugar | | | Quién paga | Código | Si es pago compartido o residencia del otro anente 1 País 2 Extranjero | Valor pagado o por pagar por el hogar Lps | |
| | | | | 1 País 2 Extranjero | | | | | | | |
| | | | | Origen | Pago | Adquisición | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 2 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 3 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 4 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 5 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 6 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 7 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 8 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| 9 | | | | | | | | | 1 2 | | |
| | | | | | | | | | | | |

| Forma de pago | Valor total de lo adquirido por el hogar | Tipo de Establecimiento: Indique el nombre de establecimiento, ubicación geográfica, tamaño, ejemplo: Aseguradoras Rescate Movil | Porcentaje pagado |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Contado 2. Tarjeta 3. Crédito 4. Adelantado 5. Adelantado | Lps | Código | % |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |