

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: DE-M02-F06 HDP-
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		Versión: 2.0
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO DE VINCULACIÓN DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO SARLAFT/FPADM		Fecha de Aprobación: 09/08/2022

1. INFORMACIÓN DEL FACTURADOR / CAJERO QUE REPORTA

Nombre Completo del Facturador / Cajero	
Servicio de Facturación	

2. INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Fecha de la Transacción	DD	MM	AAAA	Valor Total de la Transacción (\$)	
Motivo de la Transacción:	1. Cuota de Recuperación o Copago				Valor \$
	2. Depósito o Garantía				Valor \$
	3. Pago parcial o total del servicio de salud como usuario				Valor \$
	4. Otros conceptos				Valor \$
	Detallar Otros Conceptos:				Valor \$
No. De Recibo de Caja:				No. De Factura:	

3. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / USUARIO

Apellidos					Nombres									
Documento Identidad:	C.C		C.E		No.					Fecha de Expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA		Lugar de Nacimiento					SEXO	F	M		
Dirección Residencia					Ciudad									
E-mail					No. Teléfono									
Actividad Económica / Ocupación / Oficio														
Empresa donde Labora					Cargo					Dirección				

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable me comprometo a actualizarla anualmente.

3. Que de manera voluntaria manifiesto que todo lo declarado es cierto, de conformidad a lo señalado por la Circular Externa No 2021170000005-5 del 17 de Spetiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Que los recursos utilizados para el pago en la institución, no se derivan ni se destinarán al lavado de activos (LA), a la financiación del terrorismo (FT), financiación de grupos terroristas, la ploriferación de armas de destrucción masiva (PDAM), o actividades terroristas .

5. Los

Firma del Cliente / Usuario	Huella	Nombre Persona Autorizada del Hospital que recibe el Formato Diligenciado.
Firma de la Coordinación de Facturación		
Redactado por:Planeación Operativa y Oficina de Calidad	Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz-Subgerente Administrativa y Financiera	Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud

Fecha de Redacción: 21 de Julio de 2022	Fecha de Revisión: 14 de Septiembre de 2022	Fecha de Aprobación: 09 de Agosto de 2022
Versión Original: Noviembre de 2016	Revisión No. 2.0 Acta No. 004	Resolución No. 168 del 09 de Agosto de 2022