

 <b>CARMEN EMILIA OSPINA</b> <small>Sociedad Anónima 214200280</small>	FORMATO										CODIGO	GE-S5-F4
	<b>TRANSACCIONES EN EFECTIVO</b>										VERSIÓN	1
											VIGENCIA	16/07/2021
											PAGINA 1 DE 2	
<b>1. INFORMACIÓN DEL FACTURADOR / CAJERO QUE REPORTA</b>												
Nombre Completo del Facturador / Cajero												
Servicio de Facturación												
<b>2. INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN</b>												
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 Particular				Valor \$							
	4. Otros conceptos				Valor \$							
	Detallar Otros Conceptos:				Valor \$							
No. De Recibo de Caja:				No. De Factura:								
<b>3. INFORMACIÓN DEL CLIENTE / USUARIO</b>												
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		Nacionalidad		
Dirección Residencia					Ciudad			Departamento				
E-mail					No. Teléfono			No. Celular				
Actividad Económica / Ocupación / Oficio												
Empresa donde Labora				Cargo		Dirección			Telefono			
Firma del Cliente / Usuario				Huella		Firma del Funcionario del Hospital que Diligencia						
				Firma de la Coordinación de Facturación								