



# FORMATO DE SOLICITUD DEVOLUCION A PACIENTE

CODIGO: FOR-TSR - 017-01

VERSION 01

Pagina 1 de 1

Fecha Solicitud: \_\_\_\_\_

Funcionario CTIC que tramita: \_\_\_\_\_

**CAUSAL DEVOLUCION**

Desistimiento del servicio   
Pago Superior al valor del servicio   
El servicio es cubierto por la EPS

Registro equivocado al momento del ingreso   
Servicio no puede ser prestado   
Otro motivo: \_\_\_\_\_

**VALIDACION DEL PAGO**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: CC  CE  TI  RC  No \_\_\_\_\_

Medio de pago recibido:  Efectivo  Transferencia  
 Tarjeta  PSE OTRO: \_\_\_\_\_

# de ATENCION: # de FACTURA: # de ANTICIPO VALOR TOTAL DEL ANTICIPO \$ Valor Aprobado para Devolución: \$ **DATOS BANCARIOS PARA REALIZAR LA DEVOLUCION**

Entidad bancaria a la que se va a realizar la devolución: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: CC  CA 

# de cuenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

Firma Jefe de Admisiones

**Para dar tramite a esta solicitud es obligatorio anexar:** Certificación bancaria vigente Copia de cédula o Rut**Información para tener en cuenta en esta solicitud:**

**1- Para reintegro del pago realizado directamente por el paciente fallecido (Q.E.P.D): La presente devolución deberá incluirse en el proceso de sucesión como un activo de la masa sucesoral, proceso en el cual se definirán los legítimos herederos del paciente fallecido (Q.E.P.D) y deberá adjuntar el documento que acredite dicha calidad para su solicitud (Sentencia o escritura pública del proceso sucesoral respectivo).**

**2- Los reintegros del pago realizado por el paciente, se realizaran a la cuenta del paciente.**

**IMPORTANTE: Si la información no está completa no será tramitada esta solicitud.**



## INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FOR-TSR-017 DEVOLUCION A PACIENTES

**Fecha de solicitud:** Corresponde a la fecha en que se radica la solicitud en CTIC con información completa.

**Funcionario CTIC que diligencia:** Nombre completo del funcionario de CTIC que realiza el diligenciamiento del formato,

**Causa de Devolución:** Identificar la causal de la solicitud de devolución.

**Nombre del Paciente:** Nombre completo de como esta creado el paciente.

**Tipo de Identificación:** Selecciona el tipo de identificación del paciente según corresponda,

**No.** Numero completo de identificación del paciente

**Medio de pago recibido:** Medio del pago por el cual el paciente realizo el pago para devolución. Si fueron varios medios de pago por favor seleccione los utilizados.

**# de ATENCION:** Validar en TASY el número de atención a la que corresponde la devolución.

**# de FACTURA:** Numero de la factura con la que se facturo los servicios.

**# de ANTICIPO:** Numero de anticipo registrado en TASY.

**VALOR TOTAL DEL ANTICIPO:** Valor del anticipo registrado en TASY.

**Valor Aprobado para Devolución:** Diferencia entre el valor del anticipo y el valor de la factura.

**Entidad bancaria a la que se va a realizar la devolución:** Nombre de la entidad bancaria en la cual desea que se transfiera el valor de la devolución. Esta información es válida en la certificación bancaria.

**Tipo de cuenta:** Si es Cuenta corriente marque (CC), y si es Cuenta Ahorros marque (CA)

**# de cuenta:** Número de cuenta como aparece en la certificación bancaria.

**Teléfono:** Por favor incluir dos números de teléfonos de contacto.

**Correo electrónico:** Digitar el correo completo, para notificar una vez realizada la devolución

**Firma del Solicitante** Es indispensable que el solicitante firme el formato.

**Firma Jefe de admisiones:** Dejar en blanco, corresponde a Tramite interno en CTIC

**Debe enviar el formato diligenciado con la certificación Bancaria vigente y copia del documento al correo [devoluciones@fctic.org](mailto:devoluciones@fctic.org) con copia a [tesoreria@fctic.org](mailto:tesoreria@fctic.org)**

**Los tiempos de respuesta para la devolucion son de 15 días Habiles una vez recibida la solicitud con los anexos completos en los correos mencionados.**