

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN A PACIENTE

CODIGO: FOR-TSR - 017

VERSION 05

Página 1 de 1

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

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

### CAUSAL DEVOLUCIÓN

Desistimiento del servicio ☐  
Pago Superior al valor del servicio ☐  
Servicio cubierto por la EPS ☐

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

### VALIDACIÓN DEL PAGO

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

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ NIT ☐ No \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL DEL PAGO(s): \$ \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZACIÓN** (Aplica únicamente cuando no sea posible validar la titularidad de la persona que realizó el pago, como ocurre en los pagos efectuados en efectivo o mediante tarjeta debito y la solicitud de devolución sea presentada por una persona diferente al paciente.

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) N°. \_\_\_\_\_, en calidad de paciente, autorizo de manera libre, voluntaria y expresa que la devolución del saldo a mi favor sea realizada a: \_\_\_\_\_ identificado(a) N°. \_\_\_\_\_, cuyo parentesco o relación es: \_\_\_\_\_.

Declaro que la persona anteriormente relacionada esta autorizada para recibir la devolución correspondiente y exonero a la entidad de cualquier reclamación posterior derivada del pago efectuado conforme a esta autorización.

VALOR APROBADO PARA DEVOLUCIÓN: \$ \_\_\_\_\_

### DATOS BANCARIOS PARA REALIZAR LA DEVOLUCIÓN

Titular de la cuenta (dede ser la misma persona que realizó el pago): \_\_\_\_\_

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 del Paciente

**Para dar tramite a esta solicitud es obligatorio anexar:**

1. Certificación bancaria vigente no mayor a 30 días.  
Cuando aplique autorización de un tercero, copia
2. del documento de identidad de la persona autorizada.
3. Copia del documento identidad del paciente.

### 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 se realizaran exclusivamente a la persona que efectuo el pago.**

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

|                                                                  |                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fecha de solicitud:</b>                                       | Corresponde a la fecha en que se radica la solicitud en CTIC con informacion completa.                                                                |
| <b>Funcionario CTIC que diligencia:</b>                          | Nombre completo del funcionario de CTIC que realiza el diligenciamiento del formato,                                                                  |
| <b>Causal de Devolución:</b>                                     | Identificar la causal de la solicitud de devolución.                                                                                                  |
| <b>Nombre del Paciente:</b>                                      | Nombre completo de como esta creado el paciente.                                                                                                      |
| <b>Tipo de Identificación:</b>                                   | Selecciona el tipo de identificación del paciente según corresponda,                                                                                  |
| <b>No.</b>                                                       | Numero completo de identificación del paciente                                                                                                        |
| <b>VALOR TOTAL DEL PAGO:</b>                                     | Valor total de todos los pagos generados                                                                                                              |
| <b>Medio de pago recibido:</b>                                   | Medio del pago por el cual el paciente realizo el pago para devolución. Si fueron varios medios de pago por favor seleccione los utilizados.          |
| <b>Valor Aprobado para Devolución:</b>                           | Diferencia entre el valor del anticipo y el valor de la factura.                                                                                      |
| <b>Titular de la cuenta</b>                                      | Debe corresponder a la misma persona que realizo el pago.                                                                                             |
| <b>Entidad bancaria a la que se va a realizar la devolución:</b> | Nombre de la entidad bancaria en la cual desea que se transfiera el valor de la devolución. Esta informacion es validad en la certificación bancaria. |
| <b>Tipo de cuenta:</b>                                           | Sí es Cuenta corriente marque (CC), y si es Cuenta Ahorros marque (CA)                                                                                |
| <b># de cuenta:</b>                                              | Número de cuenta como aparece en la certificación bancaria.                                                                                           |
| <b>Teléfono:</b>                                                 | Por favor incluir dos números de teléfonos de contacto.                                                                                               |
| <b>Correo electrónico:</b>                                       | Digitar el correo completo, para notificar una vez realizada la devolución                                                                            |
| <b>Firma del Solicitante</b>                                     | <b><u>Es indispensable que el solicitante firme el formato.</u></b>                                                                                   |
| <b>Firma del paciente:</b>                                       | <b><u>Es indispensable que el paciente firme el formato.</u></b>                                                                                      |

***Una vez diligenciado y firmado el presente formato, debera remitirse junto con la certificación bancaria vigente y las copias de los documentos de identidad requeridos al correo devoluciones@ [fctic.org](mailto:fctic.org) con copia a [tesoreria@fctic.org](mailto:tesoreria@fctic.org)***

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

**AVISO IMPORTANTE: Para tramitar esta solicitud, es obligatorio completar toda la información.**