



U.T. MEDIPOL

		**No. FACTURA VENTA	
NOMBRE DEL EMPLEADO:		IDENTIFICACION:	
TELEFONO:	DIRECCION:		
CARGO / AREA DE SERVICIO.			
MODALIDAD DE CONTRATACION	NOMINA <input type="checkbox"/>	PRESTACION <input type="checkbox"/>	
	HONORARIOS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL? _____

Con la firma del presente documento autorizo me sea descontado el valor de los servicios recibidos, de los dineros que me adeude la institución por cualquier concepto: salarios, primas, prestaciones sociales, honorarios y contraprestaciones.

SERVICIO PARA	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
---------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

**** EN CASO DE SER FAMILIAR DILIGENCIAR**

NOMBRE DEL FAMILIAR			
IDENTIFICACION		PARENTESCO	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES

SERVICIOS A UTILIZAR	LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	CONSULTAS MEDICAS	<input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/>
	RADIOLOGIA Y/O IMAGENOLOGIA	<input type="checkbox"/>	OPTICA	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
CONCEPTO						
DESCRIPCION DEL SERVICIO A UTILIZAR						VALOR TOTAL DE SERVICIO(S) UTILIZADOS \$ _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO	PRODUCTO	CANTIDAD	Vr. UNIT	IVA	Vr. TOTAL

VALOR TOTAL COTIZADO

\$ _____

Auxiliar de Ventas - Gestión Comercial

FIRMAS DE AUTORIZACION PARA DESCUENTO POR NOMINA

Firma de Empleado	Firma de Jefe Gestión Talento Humano	**No. Cuotas a descontar	Fecha de Aprobación		
_____	_____		D	M	AA
C.C.					

****VALOR REAL A FACTURAR**

\$ _____

Aprobación Jefe Facturación y Cartera

OBSERVACIONES :

* El número de factura de venta aplica para facturación de medicamentos y dispositivos médicos
 * A este documento debe anexar: Fotocopia del Carné Institucional y/o fotocopia del documento de identidad del funcionario, en caso que sea nuevo funcionario y se deba crear en el sistema de Cartera Duana para compra de medicamentos y dispositivos médicos. Para uso de descuentos por servicios asistenciales anexar además de la fotocopia del documento de identidad, la orden de Servicio a utilizar o cotización del servicio asistencial.
 * En caso de ser familiar: Anexar Fotocopia Documento de Identidad del familiar adicional a los del empleado
 * Cuando el servicio requerido es cirugía anexar recibo de caja por anticipo
 * El valor total facturado se ajustara al No. De cuotas según lo establecido en el rango del documento de descuentos por nomina