



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050292187
Nama Lengkap : Mita Sofariah
Unit/Divisi/Komite : Pengeluaran
No. Telepon/Ext : 082118552767
E-mail : mda.sofariah24@gmail.com

Tanggal : 3 April 2024

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 0031F/PSU/RSIH/10/2024 (Rev.04)
No/Kode RM : (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 4

| Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik) | |
|--|--|
| Jumlah stok formulir lama : - | |
| Buffer stock : - | |
| Proses PO : - | |
| Waktu : - | |
| Paraf | |

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Terkib Administrasi Unit Pengeluaran

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan
Pemohon,

Tanda Tangan
Penerima,

u/n 5/4

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

| Logistik | | Tanda Tangan | |
|---------------------------------------|--------------|-----------------|--|
| Di cek sesuai kebutuhan | | | |
| Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung | | Tanda Tangan | |
| Ace | | | |
| Unit/Divisi/Komite | | Tanda Tangan | |
| | | | |
| Rekam Medik | Tanda Tangan | Kesekretariatan | Tanda Tangan |
| | | ditandatangani | u/n 5/4 |
| Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan | Tanda Tangan | Direktur | Tanda Tangan |
| | | | dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633 |

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN PAYROLL STAF

Diajukan Oleh :
Untuk Pembayaran :
Total Pembayaran :
Ditujukan kepada :
Nama Bank/Cabang :
Jenis Pembayaran :
Tanggal Pembayaran :
Dengan Rincian Sebagai Berikut

| KETERANGAN | NOMINAL |
|------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | - |

Dibuat Oleh

Verifikasi

Mila Sofariah, SE
Kepala Unit Pengeluaran

Wahyu Suprayogo, SE., MM
Manajer Keuangan dan PKRS

Menyetujui

Menyetujui untuk Dibayar

drg. Muhammad Hasan, MARS
Direktur

dr. Eddy Kusmayadi
Direktur Keuangan PT.RSIH

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBAYARAN PAYROLL STAF
011/F/PGN/RSIH/IV/2024 (REV.01)

1. PENGERTIAN

Pembayaran Payroll Karyawan merupakan pembayaran yang dilakukan oleh Rumah Sakit kepada Staf meliputi pembayaran Gaji, Transportasi, Tunjangan Pendidikan, Tunjangan Masa Kerja, Tunjangan Rumah Tangga, Tunjangan Hari Raya dan Bonus

2. TUJUAN

Terpenuhinya keberlangsungan Operasional Rumah Sakit

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk kepentingan Pengajuan Pembayaran Payroll Staf

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Unit Pengeluaran

5. MEKANISME PENGISIAN

Pengisian formulir permohonan pengajuan pembayaran diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran

6. CARA PENGISIAN

| Item yang diisi | Cara Pengisian | Yang Mengisi |
|--------------------|---|------------------------------------|
| Diajukan | Diisi Rumah sakit yang mengajukan kepada PT Rumah Sakit | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Untuk Pembayaran | Diisi berdasarkan untuk pembayaran pengajuan Payroll Staf | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Total Pembayaran | Diisi sesuai dengan nominal yang harus dibayar | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Ditujukan Kepada | Diisi PT. RS Intan Husada | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Nama bank / cabang | Diisi berdasarkan nama bank dan cabang bank yaitu muamalat cabang garut | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Jenis Pembayaran | Diisi dengan "Payroll" | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| Tanggal pembayaran | Diisi berdasarkan tanggal pencairan yang sudah ditentukan | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Keterangan | Diisi berdasarkan nama pembayaran | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Dibuat Oleh | Diisi dengan tanda tangan Kepala Unit Pengeluaran | Diisi oleh Kepala Unit Pengeluaran |
| Verifikasi | Diisi dengan tanda tangan Manajer Keuangan dan PKRS | Diisi oleh Manajer Keuangan dan PKRS |
| Menyetujui | Diisi dengan tanda tangan Direktur RS | Diisi oleh Direktur RS |
| Menyetujui untuk dibayar | Diisi dengan tanda tangan Direktur Keuangan PT.RSIH | Diisi oleh Direktur Keuangan PT.RSIH |