

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL	Código: C1FO5102
	GARZÓN - HUILA	Versión: 02
	NIT: 891.180.026-5	Vigencia: 23/02/2021
	ACTA TRANSFERENCIA DOCUMENTAL	

ACTA DE TRANSFERENCIA DOCUMENTAL

OFICINA PRODUCTORA: UNIDAD FUNCIONAL FACTURACIÓN

Por medio la presente acta y acorde a lo estipulado en las **TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL**, nos permitimos a transferir del archivo de gestión al archivo central la documentación relacionada en el formato único de inventario documental FUID adjunto. Manifestando, además, que hemos cumplido con todas las indicaciones estipuladas en el INSTRUCTIVO PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS DE GESTIÓN acorde Acuerdo 042 de 2002.

Garzón, Huila MAYO 19 de 2023


Quien entrega,

WILMAN SNEIDER CORTES
Coordinador Facturación

Anexo: Inventario Documental FUID medio físico
(Dos 2 folios)

Quien recibe

JOSE MAIFREDI CALLEJAS

	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL - FUID		CODIGO: SGN-C045-I807-F03
			Fecha de Aprobación: 15 de Marzo de 2016
			Versión: 3
			Página: 1 de 1

DEPENDENCIA REMITENTE: SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

DEPENDENCIA PRODUCTORA: FACTURACION

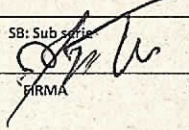
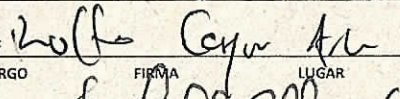
ÁREA PRODUCTORA: FACTURACION

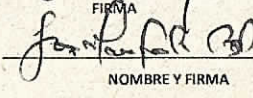
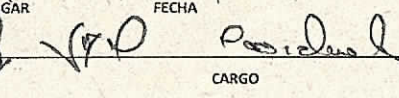
OBJETO: TRASFERENCIA DE DOCUMENTOS AL ARCHIVO CENTRAL

REGISTRO DE ENTRADA AL ARCHIVO			
AÑO	MES	DÍA	No. Transferencia
2,023	5	19	

NÚMERO DE ORDEN	CÓDIGO			NOMBRE DE SERIES, SUB SERIES O TIPOS DOCUMENTALES	FECHAS EXTREMAS (aaaa-mm-dd)		UNIDAD DE CONSERVACIÓN				NÚMERO DE FOLIOS	SOPORTE	FRECUENCIA DE CONSULTA	NOTAS / OBSERVACIONES
	D	S	SB		INICIAL	FINAL	CAJA	CARPETA	TOMO	OTRO				
1	50	26		CUENTAS COMPLETAS DE LA EPS SANITAS CONTRATO 020103 SUS RESPECTIVAS FACTURAS, COMPROBANTES DE PRESTACION DE SERVICIOS, VERIFICACION DE DERECHOS, AUTORIZACION, CONSULTAS, EPICRISIS, LABORATORIOS, RX, REGISTROS DE ENFERMERIAS, INFORMES DE AMBULANCIA, REGISTROS DE MEDICAMENTOS.	01-04-2023	30-04-2023	9			X				SE TRASFIERE EN CAJAS DE CARTON CON DOCUMENTACION CUENTAS ORIGINALES Y SUS RESPECTIVOS COMPROBANTES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SANTIAS

CÓDIGO D: Dependencia S: Serie SB: Sub serie

ENTREGADO POR:  CARGO: FIRMA LUGAR: FECHA: RECIBIDO POR:  CARGO: FIRMA LUGAR: FECHA: 19/05/2023

REVISÓ: NOMBRE Y FIRMA CARGO APROBÓ:  NOMBRE Y FIRMA CARGO:  CARGO