

	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 trasferir 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 SEPTIEMBRE 19 de 2023

Quien entrega

WILMAN SNIEDER 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	9	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.	ago-23	ago-23	10			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

REVISÓ:

NOMBRE Y FIRMA

CARGO

RECIBIDO POR:

CARGO FIRMA LUGAR FECHA

APROBÓ:

NOMBRE Y FIRMA

CARGO