

**MACROPROCESO: ADMINISTRATIVOS**  
**PROCESO: UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD "UNISALUD"**  
**PROCEDIMIENTO: RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS**  
**SOLICITUD DE REEMBOLSO**



Código: A-US-P04-F01

Versión: 02

Página 1 de 1

FECHA:	DD	MM	AA

**1. DATOS DEL AFILIADO**

1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					EDAD
CC		RC		T.I.	No.
DIRECCIÓN			TELÉFONO		CIUDAD

**2. DATOS DEL BENEFICIARIO**

1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					EDAD
CC		RC		T.I.	No.
DIRECCIÓN			TELÉFONO		CIUDAD

**3. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITO EL REEMBOLSO**


**4. VALOR DEL REEMBOLSO SOLICITADO**

SON:	\$

**5. RELACION DE SOPORTES RECIBIDOS**

NUMERO DE FOLIOS RECEPCIONADOS PARA TRAMITE DE REEMBOLSO:	
---	--

Firma

.....  
 Aceptada  No aceptada

OBSERVACIONES:

VALOR REEMBOLSO APROBADO	\$

Firma Auditor Médico. Director UNISALUD