
ANEXO TÉCNICO No. 1

**FORMULARIO DE REGISTRO, SUSTITUCIÓN Y TERMINACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS REGISTRADAS ANTE
EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD**

Ciudad
Fecha

Señor
COORDINADOR GRUPO DE PRESUPUESTO
Ministerio de la Protección Social
Bogotá D.C.,

Me permito solicitar para la operación y manejo de la cuenta única receptora de los recursos del Régimen Subsidiado, el siguiente procedimiento:

REGISTRO DE CUENTA ÚNICA BANCARIA
 SUSTITUCION Y TERMINACION DE CUENTA ÚNICA BANCARIA

1. Datos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Nombre : _____ NIT _____
Departamento _____ Municipio _____
Dirección _____ Teléfono (indicativo) _____ Fax _____
Denominación de la Cuenta _____

Nombre y Firma del Representante Legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud _____

2. Datos de la Cuenta que se registra o la que va a sustituir una ya registrada

Número de la cuenta _____
Tipo de Cuenta _____ Nombre de Entidad Bancaria _____ Sucursal _____
o Ahorros _____
o Corriente _____
Código _____ Código _____
Ciudad _____
Dirección _____ Teléfono (indicativo) _____ Fax _____
Nombre y Firma del Gerente de la Entidad Bancaria _____

3. Datos de la Cuenta que se va a sustituir

Número de la cuenta _____
Tipo de Cuenta _____ Nombre de Entidad Bancaria _____ Sucursal _____
o Ahorros _____
o Corriente _____
Código _____ Código _____
Ciudad _____
Dirección _____ Teléfono (indicativo) _____ Fax _____
Nombre y Firma del Gerente de la Entidad Bancaria _____