

 <div>Administrado por (fiduprevisora)</div>		Gerencia de Servicios de Salud del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG			Proceso: Administración de Servicios de Salud	
			Formato		Código: FR-AF-01	
			Viáticos a usuarios en el ámbito ambulatorio		Versión: 01	
REGIONAL		DEPARTAMENTO		CIUDAD		FECHA DE SOLICITUD
INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR EL USUARIO						
1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE						
Nombre del usuario						
Tipo y Numero de Identificación		Fecha de nacimiento		Edad (años)		
Discapacidad		Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Ciudad de Residencia		Dirección		Barrio		
Correo Electrónico		Teléfono Celular		Teléfono Fijo		
2. MOTIVO DE LA SOLICITUD						
Remisión del servicio						
Fecha de programación dd/mm/aaaa	Hora de programación am - pm	Departamento de atención	Municipio de atención	IPS de atención		
Reembolso / Viático						
Servicio	Departamento de atención		Municipio de atención	Cantidad	Valor solicitado en reembolso	
				Valor Total solicitado en viático / reembolso		
Describa brevemente el motivo de la solicitud						
Usuario cuenta con tutela asociada a la solicitud Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N°						
En caso de requerir acompañante, diligenciar la siguiente información						
Nombre del acompañante					Parentesco	
Tipo y Numero de Identificación		Fecha de nacimiento		Teléfono Celular		
Información bancaria a quien se le realizara el pago						
Nombre del titular de la cuenta					Parentesco	
N° identificación del titular de la cuenta bancaria					Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Entidad bancaria		Número de cuenta				

3. RADICACIÓN ANTE LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL

A través de la radicación del presente formato, **ACEPTO** la política de tratamiento de datos en el marco de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario; la información recopilada en este formato, es confidencial y se utilizará únicamente para fines administrativos asociados a la solicitud de programación y/o reconocimiento de reembolsos de viáticos a los usuarios en salud del FOMAG, en el marco de la prestación de servicios de salud establecido en mi plan de manejo.

Firma

Nombre del usuario solicitante

N° identificación del usuario solicitante

Correo electrónico

Quien recibe

Nombre

Cargo

Departamento

Regional

Fecha y hora

INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL

4. VALIDACIÓN COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL FOMAG

Estado de afiliación del usuario

Activo

☐

Protección Laboral

☐

Suspendido

☐

Retirado

☐

La solicitud cumple con la

SI

No

Observaciones

- Oportunidad de radicación

☐☐

- Completitud documental

☐☐

Para el tramite de la solicitud se requiere adjuntar los soportes relacionados a continuación en formato PDF, legible sin enmendaduras ni tachones

1. Copia documento de identificación del usuario solicitante

☐

4. Certificación de la cuenta bancaria con fecha de expedición no mayor a 90 días

☐

2. Copia de la orden medica del servicio asociado a la solicitud

☐

5. Copia documento de identificación del titular de la cuenta bancaria

☐

3. Soporte de programación o asistencia al servicio en salud asociado a la solicitud

☐

Otros:

6. Fallo de tutela, solo SI el resuelve se encuentra asociado a la solicitud

☐

8. Copia documento de identificación del acompañante

☐

7. Autorización otorgada como tutor o representante del usuario

☐

9. Factura(s) electrónica(s) de venta a nombre del usuario

☐

- Pertinencia

SI

No

Justificación

Valor

- Transporte por trayecto ≥ 1 SMDLV

☐

Intermunicipal

☐

Fluvial

☐

Aéreo

☐

Otros

☐

- Hospedaje

☐

Criterio medico

☐

Criterio administrativo

☐

- Acompañante

☐

Menor 18 años

☐

Mayor 65 años

☐

Discapacidad

☐

- Viático

☐☐

Justificación de pertinencia

Quien aprueba la programación y/o reconocimiento de reembolsos de viáticos a usuarios

Firma Coordinador Departamental

Nombre

Cargo

Departamento

Regional

Fecha