

		Gerencia de Servicios de Salud del			Proceso: Administración de Servicios de Salud		
		Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG					
		Formato			Código:		
		Solicitud de reconocimiento de reembolso por servicios o tecnologías en Salud			Versión:		
REGIONAL		DEPARTAMENTO		CIUDAD		FECHA DE SOLICITUD	RADICADO
INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR EL USUARIO							
1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE							
Nombre del tutor o representante del usuario:			Tipo y Numero de Identificación:				
Nombre del usuario afectado:			Tipo y Numero de Identificación:				
Ciudad de Residencia:		Dirección:		Barrio:			
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:		Teléfono Fijo:			
2. MOTIVO DEL REEMBOLSO							
Servicio en salud		<input type="checkbox"/>		Tecnología en salud		<input type="checkbox"/>	
Orden medica del (dia/mes/año)		Servicio o tecnología ordenada		Cantidad		Valor Unitario	
						Valor Total	
		Factura electrónica del (dia/mes/año)		Valor Total solicitado		\$	
Prestador o proveedor donde se garantizo el servicio o tecnología							
Describe brevemente el motivo del reembolso:							
Para el tramite de la solicitud se requiere adjuntar los soportes relacionados a continuación en formato PDF (legible, sin enmendaduras ni tachones) N° de folios							
<input type="checkbox"/>	1 Copia documento de identificación del usuario afectado.						
<input type="checkbox"/>	2 Orden medica del servicio asociado al motivo casual de la solicitud a nombre del usuario solicitante.						
<input type="checkbox"/>	3 Soporte de asistencia o suministro al servicio o tecnología en salud objeto de la solicitud.						
<input type="checkbox"/>	4 Factura electrónica o documento equivalente del servicio a nombre del usuario, que cumplan con los requisitos de la DIAN.						
<input type="checkbox"/>	5 Soporte de la inoportunidad o acceso a la prestación o suministro de servicios o tecnologías en salud objeto de la solicitud						
<input type="checkbox"/>	6 Certificación de la cuenta bancaria con fecha de expedición no mayor a 90 días donde se realizaría el reembolso reconocido.						
<input type="checkbox"/>	7 Copia documento de identificación del titular de la cuenta bancaria (En caso de no ser el usuario solicitante).						
<input type="checkbox"/>	8 Fallo de tutela, si el resuelve se encuentra asociado al motivo causal de la solicitud. (Solo si aplica).						
<input type="checkbox"/>	9 Autorización otorgada como tutor o representante del usuario, debidamente firmada y con huella digital (Solo si aplica).						
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					Numero 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 reconocimiento de reembolsos de servicios o tecnologías en salud a los usuarios en salud del FOMAG, en el marco de la prestación de servicios de salud establecido en mi plan de manejo.							
Quien recibe							
Nombre				Cargo			
Departamento				Regional		Fecha y hora	
INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL							
4.REVISIÓN Y VALIDACIÓN POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL FOMAG							
Estado de afiliación del usuario		Activo <input type="checkbox"/>		Protección Laboral <input type="checkbox"/>		Suspendido <input type="checkbox"/>	
						Retirado <input type="checkbox"/>	
La solicitud cumple con la		SI NO		Observaciones			
- Oportunidad de radicación		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
- Completitud documental		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
- Pertinencia		SI NO					
Médico-científica		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Referencia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Administrativa		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Auditoria médica		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Jurídica		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Prestación o suministro a cargo del FOMAG		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Justificación de pertinencia:							
5. AUTORIZACIÓN O NEGACIÓN							
Reembolso autorizado		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Valor del reembolso autorizado		\$	
Justificación de la autorización o negación							
Quien autoriza el reconocimiento de reembolsos de servicios o tecnologías a usuarios							
Firma Coordinador Departamental				Firma Director Regional			
Nombre _____				Nombre _____			
Departamento _____				Regional _____			
Regional _____				Fecha _____			
Fecha _____							