



Administrado por
{siduprevisora}

**Gerencia de Servicios de Salud del
Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG
Formato**
Viáticos a usuarios en el ámbito ambulatorio

Proceso: Administración de Servicios de Salud

Código: FR-AF-01

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 No

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
Nº 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 _____

Nº 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 <input type="checkbox"/>	Protección Laboral <input type="checkbox"/>	Suspendido <input type="checkbox"/>	Retirado <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---------------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------

La solicitud cumple con la

- Oportunidad de radicación
- Completitud documental

SI

No

Observaciones

Para el trámite 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 | <input type="checkbox"/> 4. Certificación de la cuenta bancaria con fecha de expedición no mayor a 90 días | <input type="checkbox"/> |
| 2. Copia de la orden medica del servicio asociado a la solicitud | <input type="checkbox"/> 5. Copia documento de identificación del titular de la cuenta bancaria | <input type="checkbox"/> |
| 3. Soporte de programación o asistencia al servicio en salud asociado a la solicitud | <input type="checkbox"/> | |

Otros:

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| 6. Fallo de tutela, solo SI el resuelve se encuentra asociado a la solicitud | <input type="checkbox"/> 8. Copia documento de identificación del acompañante | <input type="checkbox"/> |
| 7. Autorización otorgada como tutor o representante del usuario | <input type="checkbox"/> 9. Factura(s) electrónica(s) de venta a nombre del usuario | <input type="checkbox"/> |

- Pertinencia

- Transporte por trayecto ≥ 1 SMDLV

SI

No

Justificación

Valor

- Hospedaje
- Acompañante
- Viático

Intermunicipal Fluvial Aéreo Otros _____

Criterio medico Criterio administrativo

Menor 18 años Mayor 65 años Discapacidad

Justificación de pertinencia

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

Firma Coordinador Departamental

Nombre _____

Cargo _____

Departamento _____

Regional _____

Fecha _____