FOMAG	Administrado por: {fiduprevisora}	FIDUPREVISORA - FOMAG	Codigo: FI-FOR-FODAFGS-001
		Formato	Version: 04
		Solicitud de Suministros o Reembolsos	Aprobado: 05/07/2024

CIUDAD		REGIONAL		FECHA DE RADICACIÓN			
A continuación marque con una X una de las dos opciones:							
REEMBOLSO		VIÁTICOS O SUMINISTROS					

1. DATOS GENERALES

Nombre del Solicitante:		Tipo y Numero de Identificación:		
Nombre del Afiliado Cotizante:		Tipo y Numero de Identificación:		
Nombre del Usuario del Servicio Solicitado:		Tipo y Numero de Identificación:		
Ciudad de Residencia:		Barrio:		
Dirección:		Teléfono Fijo:		
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:		

2. DESCRIPCION DEL REEMBOLSO O SERVICIO

¿El usuario tiene tutela? Si____ No_____ *Número Rad. Tutela:* _____

Motivo de la solicitud:(marque con una x)	Por transporte		
	Por alojamiento		
	Por alimentación		
	Por traslados		
	Por tecnologías en salud		
	Por servicios en salud		

Explicación del hecho: *(Diligenciar la causal del servicio o reembolso)*

Ciudad de prestación de la atención :

Favor relacionar en el siguiente cuadro el detallado de cada uno de los gastos:

FECHA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	DETALLE DEL SERVICIO	CANTIDAD	VALOR
		TOTAL VALOR	$ -

3. DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO, EN CASO DE REEMBOLSO O ALIMENTACIÓN *(Diligenciar la causal del servicio o reembolso)*

Entidad Bancaria:		Tipo de Cuenta:			
Número de Cuenta Bancaria*:		Ahorro		Corriente	
Nombre del titular de la cuenta bancaria:		Identificación:			
Correo electrónico del titular de la cuenta:					

**(La cuenta debe estar a nombre del usuario, y en caso de usuario menor de edad, esta debe estar a nombre del afiliado que lo registra como beneficiario).*

4. OBSERVACIONES

Consentimiento informado

Yo,_____, identificado con la cédula de ciudadanía número_____declaro conocer el procedimiento dispuesto por la Fiduprevisora / FOMAG para el suministro de servicios y reembolsos. Cuando se trate de reembolsos, esta solicitud debe hacerse dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a la prestación del servicio o, si lo que se solicita es la prestación de un servicio o suministro, esta solicitud debe presentarse con al manos dos (2) días hábiles antes de la fecha de la cita, y para efectos de pago, en casos de reembolsos, la fiduprevisora/FOMAG tendrá 15 días calendario siguientes a la fecha de presentación de la solicitud de este para su pago o, 2 días hábiles para el envío de los soportes correspondientes al servicio de viáticos y suministros. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas la FIDUPREVISORA/FOMAG con su red prestadora de servicios de salud, por la cual se establecen las condiciones para poder acceder a la solicitud de suministro o reembolso por tecnologías o servicios de salud.

Firma del solicitante,

Nombre y Apellidos completos:

Tipo y Numero de Identificación:

Visto bueno Funcionario FOMAG,

Nombre y Apellidos completos:

Cargo, Regional y Departamento:

Importante : A este formulario usteddeberá adjuntar los originales de lossiguientes documentos	**SUMINISTRO:**	* Copia de la cédula de ciudadanía	**REEMBOLSOS:**	* Factura o recibo debidamente firmado por el prestador del servicio
		* Copia de la epicrisis o Historia Clínica		* Copia de la cédula de ciudadanía
		*Constancia de la cita.		* Copia de la epicrisis o Historia Clínica
		* Fallo de tutela (Si aplica).		*Constancia de la cita.
		*Autorización debidamente firmada y con huella digital (Si aplica).		* Fallo de tutela (Si aplica).
		*Acta de aprobación de tecnologías y servicios en salud especiales (Si aplica).		* Certificación Bancaria del usuario solicitante o afiliado a quien se le pagará el reembolso.
		* Certificación Bancaria del usuario solicitante		*Acta de aprobación de tecnologías y servicios en salud especiales (Si aplica).

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:	Fecha:
Dubys Rodríguez	Walter Romero	Arcadio Daza	5/07/2024
Coordinadora General-DAF	Coordinador de Contabilidad	Director Administrativo y Financiero	