

 Administrado por <b>{fiduprevisora}</b>		<b>Gerencia de Servicios de Salud del</b> <b>Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG</b>			<b>Proceso:</b> Administración de Servicios de Salud <b>Código:</b> FR-AF-01				
		<b>Formato</b> <b>Viáticos a usuarios en el ámbito ambulatorio</b>			<b>Versión:</b> 01				
<b>REGIONAL</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>CIUDAD</b>		<b>FECHA DE SOLICITUD</b>			
						DÍA	MES	AÑO	
<b>INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR EL USUARIO</b>									
<b>1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE</b>									
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			
<b>2. MOTIVO DE LA SOLICITUD</b>									
<b>Remisión del servicio</b>									
Fecha de programación dd/mm/aaaa		Hora de programación am - pm		Departamento de atención		Municipio de atención		IPS de atención	
<b>Reembolsos viáticos</b>									
Servicio		Departamento de atención		Municipio de atención		Cantidad		Valor solicitado en reembolso	
Valor Total solicitado en reembolso								\$	-
Describa brevemente el motivo del reembolso      									
Usuario cuenta con tutela asociada a la solicitud    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N°									
<b>En caso de requerir acompañante, diligenciar la siguiente información</b>									
Nombre del acompañante								Parentesco	
Tipo y Numero de Identificación		Fecha de nacimiento				Teléfono Celular			
<b>Información bancaria a quien se le realizara el pago</b>									
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							
<b>3. RADICACIÓN ANTE LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL</b>									
A través de la radicación del presente formato, <b>ACEPTO</b> 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 _____									
<b>Quien recibe</b>									
Nombre		Cargo				Fecha y hora			
Departamento		Regional							
<b>INFORMACIÓN A DILIGENCIAR POR LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL</b>									

**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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Completitud documental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**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	<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"/>		
<b>Otros:</b>			
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	SI	No	Justificación	Cantidad
- Transporte por trayecto $\geq$ 1 SMDLV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intermunicipal <input type="checkbox"/> Fluvial <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	_____
- Hospedaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Criterio médico <input type="checkbox"/> Criterio administrativo <input type="checkbox"/>	_____
- Acompañante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menor 18 años <input type="checkbox"/> Mayor 65 años <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/>	_____
- Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Justificación de pertinencia				

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

Firma Coordinador Departamental

Nombre \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
 Departamento \_\_\_\_\_ Regional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_