

FIDUPREVISORA		Codigo:	
Formato		Version: 00	
Solicitud de Reembolsos		Aprobado: 11/08/2022	
CIUDAD	REGIONAL	FECHA DE RADICACIÓN	
<b>1. DATOS GENERALES</b>			
Nombre del Solicitante:		Tipo y Numero de Identificación	CC
Nombre del Cotizante:		Tipo y Numero de Identificación	CC
Ciudad de Residencia:		Barrio:	
Dirección:		Teléfono Fijo:	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	
<b>2. DESCRIPCION DEL REEMBOLSO</b>			
¿El usuario tiene tutela? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número Rad. Tutela: _____			
Motivo de la solicitud: (marque con una x)	Reembolso por transporte		
	Reembolso por alojamiento		
	Reembolso por alimentación		
Explicación del hecho: <i>(Diligenciar la causal del reembolso)</i>			
Ciudad donde se le presto 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
<b>TOTAL VALOR A REEMBOLSAR</b>			
<b>3. DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO DEL REEMBOLSO</b>			
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:			
<b>4. OBSERVACIONES</b>			
<b>Consentimiento informado</b>			
Yo, _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____ declaro conocer el procedimiento dispuesto por la Fiduprevisora - REEMBOLSOS. La solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a la prestación del servicio y para efectos de pago la fiduprevisora tendrá 15 días hábiles siguientes a la fecha de presentación de la solicitud del reembolso para su pago. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas la FIDUPREVISORA con su red prestadora de servicios de salud, por la cual se establecen las condiciones para poder acceder a la solicitud de reembolso por servicios de salud.			
Firma del solicitante,	_____		
Nombre y Apellidos completos:			
Tipo y Numero de identificación:			
<b>Importante : A este formulario usted deberá adjuntar los originales de los siguientes documentos</b>		* Factura o recibo debidamente firmado por el prestador del servicio	
		* Copia de la cedula de ciudadanía	
		* Copia de la epicrisis o Historia Clínica	
		* Fallo de tutela ( Si el reembolso es por Tutela)	
<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>	<b>Fecha:</b>
Edgar Zamudio			