



**REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS  
MYT-R - ANEXO Nº 1**

**Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE \_\_\_\_\_**

**HOJA No.x DE x**

**RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO**

No. ITEM	Nº RECOBRO	DATOS DEL PACIENTE												IDENTIFICACIÓN				REGIMEN	CAUSA RECOBRO	VALOR RECOBRO						
		PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			TIPO	NUMERO											

**VALOR TOTAL**  

**Causa Recobro**  
 01 = Tutela por Períodos de Carencia          02 = Tutela por servicios No POS          03 = Tutela por Medicamentos No POS  
 04 = Tutela por servicios en el exterior      05 = Tutela por otras causas              06 = Medicamentos No POS - CTC  
 07 = Tutela por Tratamiento Integral

**REGIMEN:**    1 = Contributivo                                      2 = Subsidiado

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**